VOL. 26 N.º 1

ANAIS BRASILEIROS

DE

DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

MARÇO DE 1951

PUBLICAÇAO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

SIFILIS

Bi *solúvel*

NATROL

TÁRTARO BISMUTATO DE SÓDIO HIDRO-SOLÚVEL

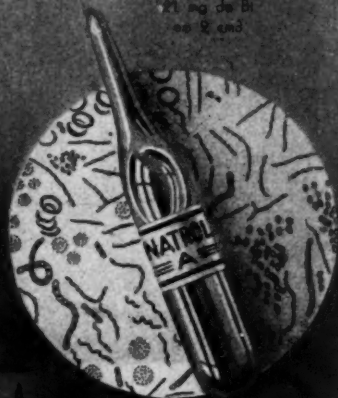
"A"
10,5 mg de Bi
em 2 cm3

"B"
21 mg de Bi
em 2 cm3

NATROL
A

ALTO ÍNDICE TERAPÊUTICO
AÇÃO RÁPIDA
AUSÊNCIA DE FENÔMENOS TÓXICOS

LAB. CLÍNICO SILVA ARAUJO S.A. RIO

LABORATÓRIO CLÍNICO SILVA ARAUJO S. A.
CAIXA POSTAL 365 - RIO DE JANEIRO

"Torres" apresenta...

...uma nova terapêutica...

Glico Necroton

HIPERGLICOSE (50%)
associada ao princípio antitóxico
do fígado

USO ENDOVENOSO

ampolas de 10 ou 20 cm³

"Torres"

LABORATÓRIO TORRES S/A
Orientação científica Prof. Otto Bier
Dep. Propaganda: R. da Liberdade 834 - 5.º andar
São Paulo

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia

VOL. 26 MARÇO DE 1951 N.º 1

Casos prováveis de erisipelóide de Rosenbach

Carlos da Silva Lacaz e Aurélio Ancona Lopez

INTRODUÇÃO

Em 1947, SEBASTIÃO SAMPAIO (1) registrou, pela primeira vez em São Paulo, um caso de erisipelóide de Rosenbach, infecção esta pouco conhecida em nosso meio. No referido caso, apenas foi estabelecido o diagnóstico clínico, não tendo sido isolado o *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Posteriormente, tivemos a oportunidade de observar mais nove casos, possìvelmente da mesma infecção, razão pela qual resolvemos publicá-los, despertando a atenção dos dermatologistas brasileiros para êste assunto O erisipelóide, reconhecível principalmente pelas lesões cutâneas que determina, pode provocar manifestações sistêmicas às vêzes muito graves e, em alguns casos, ocorre a morte do paciente, principalmente quando sobrevem a endocardite. Necessário se torna, pois, conhecer em todos os seus múltiplos aspectos, esta infecção bacteriana.

SINONÍMIA

PORTUGUÊS: Erisipela do porco. Moléstia de Rosenbach. Erisipelóide. Tabardilho. Erisipela suína. Roséola. Mal rubro. Erisipela maligna. Salmonete do porco. *LATIM*: Erysipelas suis. Erythema chronicum migrans. *ESPANHOL*: Mal rojo del cerdo. *ITALIANO*: Antrace erisipelatoso. Mal rossino. *FRANCÊS*: Rouget. Erysipelé. Pourpre. Rouget du porc. Mal rouge. *ALEMÃO*: Rotlauf der Schweine. Stäbchenrotlauf. Backsteinblattern. *INGLÊS*: Red fever. Swine Erysipelas. Diamond skin disease.

GENERALIDADES SÔBRE O ERISIPELÓIDE. DEFINIÇÃO. ALGUNS DADOS HISTÓRICOS. IMPORTANCIA PARA O NOSSO MEIO. O ERISIPELÓIDE COMO DOENÇA PROFISSIONAL

O erisipelóide é uma infecção bacteriana provocada pela penetração, implantação e disseminação no organismo do homem ou de outro animal, de um microorganismo classificado por BERGEY e col. (2), no gênero *Erysipelothrix*, espécie *rhusiopathiae*. A denominação

---

Carlos da Silva Lacaz — Docente-livre de Microbiologia e Imunologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Chefe de Secção do Instituto Pinheiros (São Paulo).
Aurélio Ancona Lopez — Chefe da Clinica Dérmato-Sifilográfica do Hospital Municipal de São Paulo.

genérica *Erysipelothrix*, proposta por ROSENBACH (3), provém do grego *Erysipelas* (= erisipela) e *thrix* (= cabelo ou fio), significando a forma bacilar, às vêzes filamentosa, do microorganismo. *Rhusiopathiae* significa moléstia vermelha, porque uma das características fundamentais do erisipelóide é a produção, no tegumento dos animais infectados, de manchas vermelhas quase sempre secundárias a um foco alhures situado.

O erisipelóide constitui exemplo típico de uma infecção dos animais capaz de transmitir-se ao homem. Em nosso meio deve êle ser mais frequente do que se pensa. Valem aqui as palavras de BELGODERE (4): "Les maladies rares le sont d'autant plus qu'en raison de leur rareté, elles sont peu connues ou bien qu'on y pense rarement. Pour ce qui concerne l'érysipeloide, cette ignorance ou cette distraction sont d'autant plus excusables que les traités de dermatologie, même très complets, n'en font même pas mention".

Ocorrendo em diversos animais, como o gado bovino, ovino e cavalar, em cães, ratos, peixes e aves, o erisipelóide constitui problema veterinário da mais alta importância.

Doença profissional que é, ocorre com maior frequência nos trabalhadores em curtumes e matadouros, açougueiros, peixeiros, magarefes e veterinários. Em alguns casos, a infecção se instala após a mordedura de peixes, de ratos ou de caranguejos.

O erisipelóide tem a sua história intimamente ligada a grandes nomes da bacteriologia. Em 1882, LÖFFLER (apud HUTYRA et al. [5]) isolava pela primeira vez o agente causal da infecção; em 1883, PASTEUR (6) preparava as primeiras vacinas contra a referida doença. No entanto, anteriormente, em 1846, CARTWRIGHT (apud HUTYRA et al. [5]) havia descrito lesões crônicas em porcos, sem conhecer a sua natureza, mas que depois foram relacionadas ao erisipelóide. Em 1873, BAKER (7) descreveu o "erythema serpens" na mão de açougueiros, fazendo estudo clínico acurado; no mesmo ano, TILBORY FOX (8) fez um estudo clínico da infecção: em 1884, ROSENBACH (9) praticou auto-inoculações, que resultaram positivas, fazendo sôbre a doença estudos minuciosos, que lhe valeram, então, o nome de "moléstia de ROSENBACH".

Em 1888 e 1891, BANG e MC FADYEAN (apud HUTYRA et al. [5]), descreveram as primeiras lesões cardíacas, em porcos.

ETIOLOGIA DO ERISIPELÓIDE. CARACTERES GERAIS DO ERYSIPELOTHRIX RHUSIOPATHIAE

Erysipelothrix rhusiopathiae (MIGULA, 1900). (Família Actinomycetaceae).

SINONIMIA:

Bacillus thuilheri
Pasteurella thuilheri

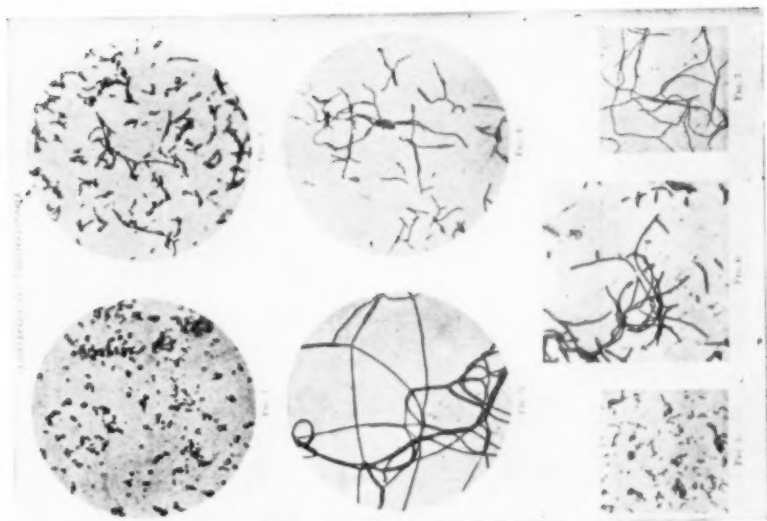



Fig. 1 — Aspectos microscópicos de *Listerella* (1, 2, 3) e de *Erysipelothrix rhusiopathiae* (4, 5, 6, 7). Notar a variação morfológica acentuada, de acôrdo com as culturas — S, R e intermediária. Seg. Barber (10).

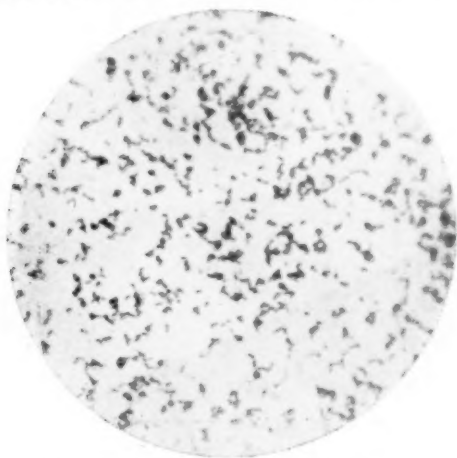



Fig. 2 — *Erysipelothrix rhusiopatriae*. Cultura em ágar-simples. X 1.000

Fig. 3 — Erisipelóide no porco. Esta fotografia mostra diversas lesões em losango, peculiares à forma benigna do erisipeloide (Diamond skin disease). Segundo Klauder (13-e).

Bacillus rhusiopathiae suis
Bacterium erysipelatos suum
Bacterium rhisiopathiae suis
Bacterium rhusiopathiae
Mycobacterium rhusiopathiae
Erysipelothrix porci
Bacillus erysipelatos-suis
Erysipelothrix erysipelatos-suis
Bacillus ruboris suis
Nocardia thuillieri
Actinomyces thuillieri
Erysipelothrix muriseptica
Erysipelothrix erysipeloidis

Erysipelothrix muriseptica é isolada frequentemente de estados septicêmicos observados em camondongos e *Erysipelothrix erysipeloidis*, de casos de erisipelóide humano.

ROSENBACH (3) (1909) acreditava na existência de diferenças entre as três espécies de *Erysipelothrix*. No entanto, RICKMANN, citado por BERGEY e col. (2), concluiu pela identidade entre os três microorganismos.

Habitat do Erysipelothrix rhusiopathiae: carnes de animais, fezes, peixes, água, crustáceos e animais (sadios ou infectados). Foi demonstrada nas amídalas de porcos sãos a presença do *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Em casos de verminoses, fadiga e excesso de calor, talvez se processe aumento de virulência do microorganismo, com o aparecimento da infecção.

Caracteres gerais do Erysipelothrix rhusiopathiae

a) *Morfologia microscópica*

Bacilos finos e curtos, medindo de 0,2 a 0,3 μ de largura × 0,5 a 1,5 μ de comprimento, isolados ou em cadeias, imóveis, Gram positivos, não esporulados. Filamentação pode ocorrer.

b) *Culturas*: ótimo de crescimento a 37°C. Anaeróbio facultativo. pH ótimo — 7,6.

Três tipos de colônias foram observados em cultivos do *Erysipelothrix rhusiopathiae*:

a) Amostras lisas (S), virulentas, mostrando ao exame microscópico formas bacilares curtas;

b) Colônias rugosas (R), pouco virulentas, produzindo formas filamentosas, algumas vêzes longas;

c) Colônias intermediárias.

Ágar simples: Crescimento escasso.

Gelatina: colônias azul-acinzentadas, racemosas, arborescentes, crescendo lentamente. Quando semeado por picada, notam-se colônias fimbriadas e arborescentes. Não funde a gelatina.

Ágar-sangue: Colônias pequenas, brancas, com ligeiro halo de hemólise.

Caldo: ligeira turvação, com escasso sedimento. A adição de glicose, sôro, líquido ascítico, levedura e triptófano favorecem o crescimento do *Erysipelothrix rhusiopathiae*.

c) *Caracteres bioquímicos*

Não produz gás em carbohidratos. Acidifica a glicose, galactose, frutose, lactose e mais lentamente a manose e a celobiose. Não acidifica a arabinose, xilose, ramnose, maltose, melibiose, sacarose, trehalose, rafinose, melezitose, dextrina, amido, inulina, amidalina, salicina, glicerina, adonita, manita, sorbita e dulcita.

Prova de Voges-Proskaver (V.P.) — Negativa.

Prova de Voges-Proskaver (V.P.) — Negativa.

Catalase: Negativa.

Indol: Negativa.

Leite tornazolado: Geralmente não há alteração. Com algumas amostras, o leite pode tornar-se ligeiramente ácido.

Pesquisa de H^2S: Barber (10), trabalhando com 6 amostras de *Erysipelothrix rhusiopathiae*, verificou que 4 delas não possuiam capacidade sulfidrígena; uma dava traços de H^2S e a última produzia H^2S. Vê-se, pois, que não é constante a capacidade sulfidrígena dêsse germe.

Karlson (11) refere, todavia, que H^2S é prontamente formado.

Pesquisa de NH3: Negativa.

d) Patogenicidade: os animais mais sensíveis à inoculação experimental do *Erysipelothrix rhusiopathiae* são o camondongo e os pombos. Estes últimos devem ser inoculados na massa peitoral. Os camondongos são inoculados por via peritoneal, isolando-se, depois, o germe, do sangue circulante.

e) *Resistência*: a 70°C, durante 5 minutos, *Erysipelothrix rhusiopathiae* não é destruído. Carnes em estado de putrefação conservam o microorganismo vivo durante 4 meses.

Entre os gêneros *Listerella* e *Erysipelothrix* existem afinidades muito grandes; segundo Barber (10), a morfologia dos dois germes é muito semelhante; os caracteres bioquímicos também não permitem distinção nítida. Todavia, *Erysipelothrix rhusiopathiae* não é patogênico para cobaios, ao contrário da *Listerella monocytogenes;* esta é móvel, ao contrário do primeiro microorganismo. Sorològicamente, segundo Watts (12), podemos distinguir dois grupos antigênicos de *Erysipelothrix rhusiopathiae*.

Fig. 4 — Erisipelóide no porco. Forma artrítica (fase aguda). Segundo Klauder (13-e).

Fig. 5 — Erisipelóide com 8 dias de duração. Ferimento inicial no polegar. Segundo Klauder (13-e).

Fig. 6 — Erisipelóide com dois dias de duração. Segundo Klauder (13-e).

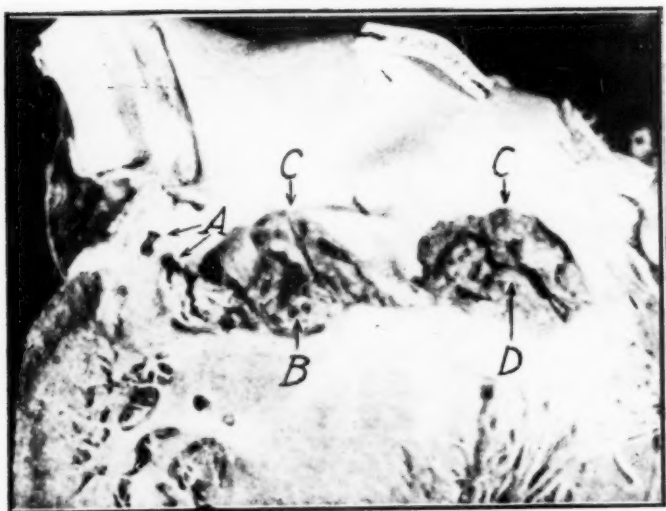



Fig. 7 — Erisipelóide. Válvulas aórticas com vegetações invadindo o endocárdio. Segundo Russell e Lamb (21).

ESTUDO BACTERIOLÓGICO DE AMOSTRAS DE ERYSIPELOTHRIX RHUSIOPATHIAE

Em um dos casos que observamos (paciente J.V.S.), isolámos um germe com as características do *Erysipelothrix rhusiopathiae;* todavia, não conseguimos obter infecção experimental em pombos, com muita regularidade. De 6 animais inoculados na massa peitoral, apenas um morreu, e assim mesmo não conseguimos obter culturas.

Interessados pelo problema, pedimos à "American Type Culture" duas amostras de *Erysipelothrix rhusiopathiae* (805 e 8.139), com as quais fizemos diversas pesquisas, inclusive o preparo de uma erisipeloidina.

Inoculando pombos com essas culturas, verificámos morte dos animais apenas no 7.º dia após a inoculação do material.

Recebemos amostra dos Estados Unidos, rotulada como *Erysipelothrix muriseptica* (n.º 6.535), mas esta não determinou a morte dos animais inoculados.

Verificámos que *Erysipelothrix rhusiopathiae* cresce bem no caldo-sôro, a 37ºC, sendo seu crescimento em gelose simples muito escasso. Achámos que um dos melhores meios para o seu desenvolvimento é a gelose-sôro (em pé). Ao longo da picada, desenvolve-se o microorganismo. Na gelose semi-sólida, o crescimento também é favorável. Na gelose-sangue, as colônias são pequenas, lisas, com pequeno halo de hemólise.

As outras características morfológicas e bioquímicas, em linhas gerais, se apresentam idênticas às descritas quando estudámos a bacteriologia do *Erysipelothrix rhusiopathiae*.

MANIFESTAÇÕES ANÁTOMO-CLÍNICAS DO ERISIPELÓIDE NO PORCO E OUTROS ANIMAIS

Segundo HUTYRA e col. (5), devemos considerar, nos animais, três formas principais de erisipelóide: a forma septicêmica, a crônica e a cutânea, com os seguintes caracteres:

a) *Forma septicêmica*: congestão de todos os órgãos. Inflamação da região pilórica da mucosa gástrica e da porção duodenal do intestino delgado. Baço ligeiramente hipertrofiado. Glomérulo-nefrite, com hemorragias puntiformes na zona cortical. Congestão pulmonar. Gânglios hiperemiados e aumentados de volume. Manchas avermelhadas na pele.

b) *Forma crônica*: inflamação verrucosa ou ulcerosa dos orifícios valvulares do coração, com depósitos fibrinosos, lembrando couve-flor; vegetações fungosas das superfícies articulares, quando há localizações nas articulações; espaços articulares com exsudato hemorrágico e precipitados fibrinosos.

c) *Forma cutânea*: manchas avermelhadas ou violáceas, numerosas e disseminadas pela pele. Às vêzes, necrose cutânea, com desprendimento da parte necrosada.

Os sintomas que mais comumente ocorrem nessas diferentes formas são os seguintes:

a) *Forma septicêmica*: inapetência e, às vêzes, vômitos, febre elevada; prostração e sonolência; marcha cambaleante; constipação, seguida de diarréia. Edema das pálpebras. Conjuntiva congestionada, com secreção. Manchas avermelhadas ou violáceas, na pele. Na fase final da doença, intensificação da sintomatologia, edema pulmonar, com dispnéia, mucosas cianóticas, queda da temperatura e morte. Os animais jóvens são preferentemente atingidos. Mortalidade elevada (60 a 100 %).

b) *Forma crônica*: segue-se, quase sempre, à forma septicêmica. Inapetência e emagrecimento. Dispnéia e tosse; manchas avermelhadas sôbre a pele. Pulso filiforme. Abafamento das bulhas. Edema dos membros. Artrite crônica.

c) *Forma cutânea ou atenuada*: Febre. Manchas cutâneas delimitadas ou difusas, de coloração avermelhada ou violácea. Vesiculação das manchas e formação de crostas. Necrose cutânea e queda das lesões necrosadas.

Diversos animais podem ser portadores do *Erysipelothrix rhusiopathiae;* o micróbio pode viver, igualmente, em vida saprofítica.

MANIFESTAÇÕES ANÁTOMO-CLÍNICAS DO ERISIPELÓIDE NA ESPÉCIE HUMANA. TRANSMISSIBILIDADE AO HOMEM

As lesões cutâneas são as que apresentam maior interêsse no estudo anátomo-clínico do erisipelóide da espécie humana. Foram elas bem estudadas entre outros por Klauder e colaboradores (13). Os dados anamnésicos são importantes para o diagnóstico da infecção. Assim, a maioria dos pacientes refere, na sede da lesão cutânea, um ferimento que corresponde à porta de entrada do microorganismo; tais ferimentos podem ser provocados por escamas de peixes, mordeduras de ratos, peixes e caranguejos, esquírolas ósseas, e cortes determinados por instrumentos contaminados com carne de porco, perú e outros animais portadores do *Erisipelothrix rhusiopathiae* ou com êle infectados. A êste respeito, afirma textualmente Belgodere (4): "On devra penser à l'érisipelöide surtout dans les cas de blessures des mains chez les sujets qui, par leur profession, sont en contact avec des animaux, et surtout des porcs, ou sont appelés à manipuler des matières d'origine animale".

Em casos muito raros, a porta de entrada do microorganismo pode ser a mucosa gastro-intestinal, pela ingestão de carnes contaminadas. Fiessinger e Brouet (14) registraram um caso de erisipelóide após ingestão de carne deteriorada. Durou bastante a infecção;

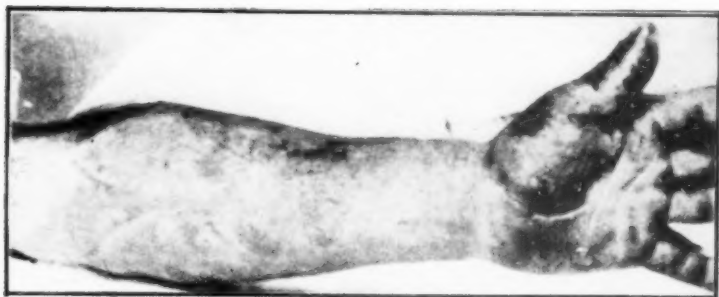



Fig. 8 — Erisipelóide, com 8 dias de duração. Caso com 30 cm3 de sôro específico. Segundo Klauder (13-e).

Fig. 9 — Erisipelóide do porco. Tumefação e infiltração equimótica do pavilhão auricular. Segundo Moussu (apud Fiessinger e Brouet [14]).

Fig. 10 — Erisipelóide. Hematoma das orelhas, com necrose. Segundo Fiessinger e Brouet (14).

Fig. 11 — Erisipelóide. Doente J.V.S., trabalhador no Depósito de carne da Prefeitura de São Paulo.

o paciente curou-se clìnicamente com o emprêgo do sôro específico; no entanto, ocorreu recidiva algum tempo depois, sob a forma de glomérulo-nefrite aguda, seguida de morte do paciente. *Erysipelothrix rhusiopathiae* foi isolado por hemocultura. Reação cutânea fortemente positiva à endoproteína do micróbio.

STICKDORN (apud HUTYRA et al. [5]) lembrou a possibilidade de que, em porcos, certos piolhos, como o *Hoematopinus suis*, pudessem transmitir a infecção.

Dividem-se as manifestações do erisipelóide na espécie humana nos seguintes grupos:

a) Lesões cutâneas;

b) Manifestações articulares;

c) Lesões endocárdicas.

Nas lesões cutâneas, a erupção ocorre geralmente 24 a 48 horas após o traumatismo provocado pelos elementos antes enumerados. Frequentemente, as lesões se localizam na mão, podendo ocorrer, no entanto, em outras partes do corpo, inclusive no pavilhão auricular. Observam-se lesões figuradas, eritêmato-purpúricas ou lineares. Comumente, no local do ferimento, formam-se manchas avermelhadas ou violáceas, papulosas, de limites pouco precisos. O paciente se apresenta febril, às vêzes com linfangite e adenite. Ao nível da lesão, sensação de queimor, com prurido e dor. Nas bordas do processo, ligeira vesiculação pode ser notada. Em geral não há supuração.

Manifestações articulares, com aumento de volume das articulações e outros sinais de artrite, foram descritas no erisipelóide, mas são quase sempre secundárias a um foco cutâneo. Em porcos, é muito grande a frequência das formas artríticas.

Descreveram-se lesões de endocardite, provocadas pelo *Erysipelothrix rhusiopathiae*. KLAUDER e col. (13-f) registraram um caso que se iniciou com ferimento no polegar, provocado por esquírola óssea. O paciente, após a lesão cutânea, começou a apresentar sinais de endocardite, vindo a falecer. À autópsia, lesões de endocardite nas válvulas aórticas, enfarte do baço, hepatite difusa e glomérulo-nefrite difusa aguda.

BELGODERE (4) registra caso de meningite no decurso do erisipelóide (observação de DUMONTI e COTONI).

Nos 9 pacientes por nós observados, um dos quais apresentou a infecção por 2 vêzes no espaço de 17 meses, o quadro clínico pode ser resumido da seguinte forma: contágio provocado por ferimento em uma das mãos, em indivíduos obrigados pela profissão ao manêjo de carnes (porco, boi, peixe); assim é que, dos 9 pacientes, seis são empregados do tendal de carnes da Prefeitura, duas domésticas que trabalham em cozinha, e um operário da limpeza pública que se feriu numa lata de lixo e, provàvelmente, se contaminou com restos de carne. Nos seis empregados do tendal, o ferimento foi causado em um sòmente por esquírola de osso de boi, e nos cinco restantes

por esquírolas de osso de porco, um dos quais, conforme já foi dito, por duas vêzes, à distância de 17 meses; nas duas domésticas, o ferimento foi produzido por espinha de peixe.

O período de incubação variou da seguinte forma: um dos casos com apenas 24 horas, 4 casos com 48 horas, um caso com 72 horas, um caso com 6 dias, 2 casos com 10 dias, e um caso com 12 dias.

A evolução clínica foi pràticamente igual em todos os casos, iniciando-se por sensação dolorosa e ardor e, às vêzes, prurido na região atingida, desenvolvendo-se lesão mais ou menos edematosa, de côr eritêmato-violácea característica, ao redor do ponto de inoculação, apresentando em quase todos os casos pequeno pontilhado hemorrágico e, em um dos casos, sòmente bolha superficial, cheia de líquido sero-sanguinolento. A lesão estendeu-se lentamente em todos os sentidos, a partir do ponto de inoculação, mantendo sempre as mesmas características de infiltração, coloração, e bordas quase sempre nítidas e ligeiramente elevadas. Em todos os casos, as lesões não ultrapassaram a mão, chegando, ao máximo, até o punho.

Como sintomatologia, além da sensação de calor e tensão ao nível das lesões, apenas um dos pacientes queixou-se de dores reumatóides nas articulações dos punhos e cotovelos, não só no lado comprometido, como também no lado oposto. Nenhum dos casos acusou hipertermia nem linfangite, e um sòmente apresentou enfartamento dos gânglios cubitais, correspondentes à lesão cutânea, dolorosos espontâneamente e à palpação.

Em um caso, de três examinados, conseguimos isolar um germe com algumas das características do *Erysipelothrix rhusiopathiae*.

Diagnóstico diferencial — E' relativamente fácil, desde que se pense na possibilidade de tratar-se de um caso de erisipelóide. O dado constante de um ferimento prévio com esquírola óssea de animal, principalmente porco, espinha de peixe, ou com material contaminado de restos de carne, a ausência quase constante de sintomatologia geral, o aspecto característico das lesões cutâneas, por sua coloração, bordas e extensão periférica, afastam o diagnóstico de erisipela, eritema polimorfo ou linfangite, que são as afecções que mais comumente podem simulá-lo. Outra afecção que, à primeira vista, pode prestar-se a confusão, é o granuloma anular; um exame mais atento da lesão, entretanto, com as características de côr mais pálida do granuloma, solidez das lesões pápulo-nodulares, ausência de edema, a evolução crônica, sem dor nem ardor, e falta nos comemorativos do ferimento prévio, fàcilmente afastam o diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO

O diagnóstico exato do erisipelóide sòmente se estabelece com o isolamento do *Erysipelothrix rhusiopathiae*, tarefa que nem sempre é coroada de sucesso. O material deverá ser colhido de preferência

Fig. 12 — Erisipelóide. Doente J.A. Diágnóstico clínico. Ferimento junto à raiz do polegar. Trabalhador no Tendal da Prefeitura, serviço de descarga. Cura com penicilina.

Fig. 13 — Erisipelóide. Doente J. O. S. Ferimento no dedo indicador da mão direita. Trabalhador no Tendal da Prefeitura, serviço de descarga. Curado com penicilina.

por biópsia e triturado em solução fisiológica isotônica; após a centrifugação, fazem-se esfregaço corado pelo Gram e semeadura em placas de ágar-sangue, caldo-glicosado e gelose semi-sólida: Incubação a 37ºC. Identificação das colônias, de acôrdo com as características já enumeradas na parte referente à etiologia do erisipelóide.

As provas sorológicas têm sido realizadas para diagnóstico do erisipelóide, principalmente a reação de fixação do complemento e a sôro-aglutinação. KARLSON e MCNUTT (15) idealizaram nesse fim um teste de aglutinação, rápido. Precipitinas podem ser igualmente demonstradas no sôro dos pacientes.

A erisipeloidina, preparada com suspensão do germe ou com o seu filtrado, tem sido ensaiada como prova diagnóstica; no entanto, acreditamos que seus resultados deverão sempre ser interpretados com muito critério. E' possível que na verificação, em animais portadores do erisipelóide, tal prova possua algum valor, ou então, quando se deseje estudar a incidência real da infecção em um determinado grupo de animais.

A anatomia patológica do erisipelóide nada apresenta de particular, podendo-se, porém, em raros casos, demonstrar a presença do *Erysipelothrix rhusiopathiae* no cório. Sendo os pombos e camondongos bastante sensíveis à ação do referido germe, podemos triturar o material suspeito e inocular por via muscular (pombos) ou subcutânea (camondongos), a fim de tentar o isolamento, "in vivo", do *Erysipelothrix rhusiopathiae*.

TRATAMENTO DO ERISIPELÓIDE

No momento atual, as drogas de escolha para o tratamento do erisipelóide são a penicilina e a estreptomicina. Uma ação sinérgica se obtém com o emprêgo dos dois antibióticos.

Antes do advento de tais substâncias, empregava-se o sôro específico, preparado em coelhos ou cavalos; para os animais, o sôro era preferìvelmente preparado em porcos, injetando-se inicialmente doses variáveis de 20 a 40 cm3, na veia ou músculo do animal. Para o tratamento das infecções humanas, as doses variavam de 100 a 150 cm3, aplicadas por via muscular ou venosa.

O sôro anti-erisipelóide era dosado de tal modo que 0,01 cm3 do mesmo deveria proteger camondongos inoculados intraperitonealmente com 0,01 cm3 de uma cultura em caldo, de 24 horas, do *Erysipelothrix rhusiopathiae*. A dosagem era feita igualmente em pombos; 0,5 cm3 do sôro deveria proteger êsses animais quando inoculados na veia com 0,5 cm3 de uma cultura em caldo, de 24 horas.

As amostras de *Erysipelothrix rhusiopathiae* são inibidas "in vitro" com 0,1 U.O. de penicilina; em camondongos infectados ou prèviamente protegidos, verifica-se, também, o efeito francamente favorável da penicilina. Assim, HEILMAN e HERRELL (13) registraram,

em camondongos infectados com *Erysipelothrix rhusiopathiae*, ótimos resultados terapêuticos com a penicilina.

GREY (17), em perús infectados, verificou a superioridade da estreptomicina sôbre a penicilina. Segundo GREY, o erisipelóide em perús é doença grave; a mortalidade e de 100 %, nos casos não tratados, apresentando-se os animais debilitados, com diarréia, equimoses, petéquias e baço congesto. O emprêgo da penicilina, segundo GREY, reduziu a mortalidade para 10 %; com a estreptomicina, 100 % de resultados favoráveis se obtiveram. As sulfas, segundo KLAUDER e RULE (13-h), possuem valor muito limitado no tratamento do erisipelóide. Todavia, SCHOCH e SHELMIRE (18) referem resultados favoráveis com o emprêgo da sulfamilanida; KULCHAR e ROSNBERG (19). em dois casos tratados com sulfatiazol, verificaram, logo após o início do tratamento, regressão dos sintomas.

A terapêutica do erisipelóide, antes do advento da penicilina, também era efetuada por meio de raios ultra-violetes, calor sêco ou úmido e crioterapia (neve carbônica ou gêlo sêco). GRISWOLD e BOWEN (20) referem o emprêgo da crioterapia em 15 casos de erisipelóide, utilizando o mesmo processo aconselhado para o tratamento da "larva migrans".

Hoje em dia, as medicações de escolha são representadas pela penicilina e estreptomicina, reservando-se o sôro para os casos insensíveis àquêles antibióticos. Em todos os nove casos por nós observados, a aplicação da penicilina surtiu efeito mui favorável.

PROFILAXIA DO ERISIPELÓIDE

A profilaxia do erisipelóide deve ser realizada tomando-se as medidas gerais próprias da luta contra qualquer doença infecciosa dos animais capaz de transmitir-se ao homem. Assim, todos os cuidados de higiene devem ser tomados para evitar-se a doença nos animais, fazendo-se a penicilinoterapia uma vez estabelecido o diagnóstico. O isolamento dos animais doentes, a desinfecção do ambiente onde vivem e a vacinação preventiva, constituem outras medidas capazes de evitar a disseminação do mal. Na época atual, com a penicilina e a estreptomicina, de resultados terapêuticos indiscutíveis sôbre a doença, não é recomendável a vacinação. Na época de PASTEUR (19), praticava-se a imunização ativa, pelo método de PASTEUR e THUILLIER (6) com germes vivos, mas atenuados, através de passagens repetidas em coelhos. FUJIMURA (apud HUTYRA et al. [5]) ensaiou a vacinação com germes mortos pelo lugol; outros pesquisadores empregaram o calor, o formol ou a acriflavina, com idênticos resultados.

Posteriormente, os animais passaram a ser imunizados passivamente, por meio do sôro específico. Doses de 5 a 15 cm3 protegem os animais durante 2 a 3 semanas. LORENS (apud HUTYRA et al. [5]) propôs a imunização combinada com sôro e vacina.

Fig. 14 — **Erisipelóide. Doente J. A. M. Ferimento no dedo médio da mão Eesquerda. Trabalhador no Tendal da Prefeitura, serviço de descarga. Curado com penicilina.**

Fig. 15 — Erisipelóide. Lesão entre os dedos indicador e polegar. Curado com penicilina.

RESUMO E CONCLUSÕES

Os AA. estudam o erisipelóide de Rosenbach. Referem que maior número de casos deve ser conhecido, passando a infecção despercebida ou mal diagnosticada.

Referem a possibilidade de lesões sistêmicas do erisipelóide, inclusive endocardite.

Assinalam as principais manifestações do erisipelóide no porco e outros animais, passando depois ao estudo anátomo-clínico na espécie humana. Analisam o diagnóstico, tratamento e profilaxia.

Apresentam nove casos prováveis de erisipelóide, todos curados com a penicilina. As observações de todos os casos, no que diz respeito à sintomatologia clínica, período de incubação, fonte de contágio e profissão dos pacientes, concordam inteiramente com a descrição clássica do erisipelóide feita pela maioria dos autores.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The AA. study the erysipeloid of Rosenbach. They say that a greater number of cases must occur, but the infection is not perfectly diagnosed by the dermatologists. They show the possibility of systemic lesions in erysipeloid, including endocarditis. The principal clinical manifestations of erysipeloid are studied in man and other animals, as well as the diagnosis, treatment and prophylaxis. Nine cases with the probable diagnosis of erysipeloid are registred by the AA., all them cured by penicillin. In one case, the AA. obtained a culture with the caracteristics of *Erysipelothrix rhusiopathiae*. In all observations, the clinical manifestations, the incubation period, the source of infection and the profession of the patients are in accordance with the classic description of erysipeloid made by the majority of the AA.

CITAÇÕES

1) Sampaio, S. A. P. — Erisipelóide. Considerações sôbre um caso. Comunicação à Secção de Dermatologia e Sifilografia da Associação Paulista de Medicina, em 11-7-1947. Rev. paulista de med. 31:221, 1947.

2) Bergey, D. H. et al. — Bergey's Manual of Determinative Bacteriology, 5.ª edição, Baltimore, The Williams & Wilkins Company, 1939.

3) Rosenbach, F. J. — Experimental morphologische und klinische studien der erreger des schweinerothlaufs erysipeloid und mauseseptikaemie. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskr. 63:343, 1909.

4) Belgodere, G. — L'erysipeloide transmission à l'homme du rouget du porc (avec une observation personnelle). Ann. de dermat. et syph. 2:1241, 1931.

5) Hutyra, F. V., et al. — Enfermidades infecciosas. 8.ª edição. Tradução de P. Farreras. Barcelona, Ed. Labor S. A., 1947, pg. 50.

6) Pasteur, L. e Thuiller, L. — La vaccination du rouget des porces à l'aide du virus mortel attenué de cette maladie. Compt. rend. Acad. d. sc., Paris 97:1163, 1883.

7) Baker, W. M. — Erythema serpens. St. Barth. Hosp. Rep. 9:198, 1873.

8) Fox, T. — Diseases of the skin. 3.ª ed., Londres, 1873, pg. 108.

9) Rosenbach, A.J.E. — Mikroorganismen bei den wundinfuktionskrankheiten des menschen. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1884.

10) Barber, M. — A comparative study of Listerella and Erysipelothrix. J. Path. & Bact. 48:11, 1939.

11) Karlson, A. G. — Cultural characteristics of Erysipelothrix rhusiopathiae. J. Bact. 35:205, 1938.
12) Watts, P. S. — Studies on Erysipelothrix rhusiopathiae. J. Bact. 50:355, 1940.

13) *a* — Klauder, J. V. et al. — A distinctive and severe from of erysipeloid among fisch handlers: report of clinical and laboratory studies: demonstration of the bacillus of swine erysipelas. Arch. Dermat. & Syph. 14:662, 1926.
b — Klauder, J. V. — Erysipeloid and swine erysipelas in man a clinical and bacteriologic review; swine erysipelas in the United States. J. A. M. A. 86:536, 1926.
c — Klauder, J. V. e Harkins, M. J. — Erysipeloid in the United States: clinical and laboratory study. J. A. M. A. 96:1205, 1931.
d — Klauder, J. V. — Generalisiertes erysipeloid; bericht über einen 29 monate dauernden fall mit secktionsbefund. Dermat. Wchnschr. 98:613, 1934.
e — Klauder, J. V. — Erysipeloid as an occupational disease. J. A. M. A. 122:938, 1943.
f — Klauder, J. V. et al. — Erysipelothrix rhusiopathiae septicemia: diagnosis and treatment. Report of fatal case of erysipeloid. J. A. M. A. 122:938, 1943.
g — Klauder, J. V. — Arthritic symptoms recurring after erysipeloid. Arch. Dermat. & Syph. 49:368, 1944.
h — Klauder, J. V. e Rule, A. M. — Sulfonamide compounds in treatment of Erysipelothix rhusiopathiae infections. Arch. Dermat. & Syph. 49:27, 1944.

14) Fiessinger, N. e Brouet, G. — Rouget du porc chez l'homme a forme et d'origine digestive. Presse méd. 42:889, 1934.
15) Karlson, A. G. e Mc Nutt, S. M. — A microscopic agglutination test for the diagnosis erysipelas. J. Infect. Dis. 64:49, 1939.
16) Heilman, F. R. e Herrell, W. E. — Penicillin in the treatment of experimental infections due to Erysipelothrix rhusiopathiae. Proc. Staff Meet. Mayo Clin. 19:349, 1944.
17) Grey, C. G. — Penicillin in the treatment of «Erysipelothrix rhusiopathiae» infected turkeys. Vet. Med. 42:117, 1947.
18) Schoch, A. G. e Shelmire, B. — Erysipeloid of Rosenbach sucessfully treated with sulfanilamide. Arch. Dermat. & Syph. 41:570, 1940.
19) *a* — Kulchar, G. V. e Rosenberg, E. — Erysipeloid. Arch. Dermat. & Syph. 43:885, 1941.
b — Kulchar, G. V. e Rosenberg, E. — Sulfathiazole in the treatment of erysipeloid. Arch. Dermat. & Syph. 43:846, 1941.
20) Griswold, C. M. and Bowen, S. S. — Treatment of erysipeloid by cryotherapy. Arch. Dermat. & Syph. 49:348, 1944.
21) Russel, O., e Lamb, M. E. — Erysipelothrix endocarditis: a complication of erysipeloid. J. A. M. A. 114:1045, 1940.

Endereço dos autores: (C.S.L.) Av. Dr. Arnaldo, 1 (S. Paulo) e (A.A.L.) rua Manoel da Nóbrega, 151 (S. Paulo).

Sôbre o "líquen plano sub-tropical"

Newton Guimarães

Muito embora seja a lesão primária do líquen plano das mais típicas manifestações dermatológicas, o modo como se agrupa, a sua localização e caracteres outros condicionam múltiplos aspectos, que têm permitido aos especialistas a distinção de certo número de variedades da afecção.

Somando-se à relação dessas variedades, recentemente DOSTROVSKY e SAGHER (1) descreveram uma nova modalidade de líquen que foi chamada "líquen plano sub-tropical". Foi observada na área de Jerusalém Palestina, inclinando-se os autores a pensarem que na gênese desta forma de líquen participe, de modo especial, uma certa foto-sensibilização dos pacientes, a julgar, sobretudo, pela localização e pelo fato de apresentar recrudescência estival.

Todavia, há que notar também a possibilidade de estar ligado aquele tipo especial de líquen a caracteres raciais, pois, como acentuaram DOSTROVSKY e SAGHER (1), comentando a sua estatística, de 131 casos, apenas 12 da forma clássica foram observados em indivíduos de nascimento ou descendência oriental (ou médio-orental); já os casos da nova modalidade foram quasi todos observados em indivíduos oriundos da Palestina e outros países do Oriente-Médio ou da Ásia; de 51 casos, apenas 9 pacientes eram de descendência européia. Voltaremos, adiante, a considerar a questão dos possíveis fatores determinantes dessa variedade da dermatose.

Examinemos agora as características com que se mostra o "líquen plano tub-tropical", de acôrdo com os próprios autores que o individualizaram:

"O líquen plano sub-tropical apresenta, no que diz respeito à sua sede, uma localização inversa, em relação à forma clássica: incide nas superfícies descobertas do corpo, fronte, face dorsal das mãos, mento, etc. Raramente foram observadas lesões das mucosas, ou do tronco, acompanhando as localizações acima. Quanto à morfologia, na grande

---

Da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia.

maioria dos casos apresentavam-se as lesões do tipo anular, morfologia essa que clàssicamente é vista nas mucosas bucal e genital.

"As lesões se iniciam como u'a mancha de coloração parda, sem infiltração, que pouco a pouco desenvolve u'a margem delicadamente elevada, geralmente menos pigmentada que o centro.

Enquanto a forma clássica se mostra, na estatística dos diversos autores, preponderantemente em indivíduos acima de 40 anos, a variedade "sub-tropical" incide, com grande preponderância, em indivíduos abaixo dessa idade. O prurido, geralmente acentuado na forma clássica, é de somenos importância nos casos da citada variedade; e, por fim, não sòmente a época de início da manifestação correspondia quasi sempre ao período de verão, como também, nesta época, foram notadas mais frequentemente as recidivas, especialmente em pessoas cujas atividades cotidianas se processavam "a céu aberto".

OBSERVAÇÃO DE UM CASO CUJAS CARACTERÍSTICAS PERMITEM ENQUADRÁ-LO NA VARIEDADE SUB-TROPICAL. COMENTÁRIOS QUE SUGERE

A. V., 30 anos, natural da Galícia, Espanha, branco, "garçon", residente à rua Barão de Macaúbas, 36, Salvador — Bahia.

História da doença atual — Informa que aproximadamente há seis meses notou o aparecimento de pequeninas saliências de coloração rósea na superfície dorsal de ambas as mãos, que em poucos dias aumentaram muito de número e se reuniram em alguns pontos, formando pequenos círculos.

Quando tomava sol as lesões pareciam ficar "irritadas" e se tornavam pruriginosas. Em virtude de sua profissão as lesões muito o preocupavam, motivo pelo qual estava constantemente fazendo aplicação de diversos medicamentos (principalmente antimicóticos: fungol, micozol, etc.) e ùltimamente vinha esfregando-as enèrgicamente com "sapólio".

Há mais ou menos um mês surgiram na fronte alguns pontos que ràpidamente se transformaram em lesões parecidas com os círculos das mãos.

Antecedentes pessoais e familiais sem nada de interêsse para o caso.

Exame dermatológico — Na face dorsal de ambas as mãos, ocupando uma área que compreende desde as primeiras falanges até cêrca de dois centímetros da superfície de extensão do ante-braço, notam-se pápulas de superfície lisa, brilhante, de coloração rósea, confluentes, algumas delimitando pequenas áreas anulares de mais ou menos seis milímetros de diâmetro, ligeiramente hiperpigmentadas. Na porção externa da superfície dorsal da mão direita (fig. 1) as pápulas quasi não se podem individualizar, mostrando-se confluentes, formando uma placa de três por quatro centímetros, na qual tôda a superfície cutânea se mostra eritematosa, ligeiramente descamativa, como que irritada por atrito frequente.

Na região frontal, à direita, se observam seis pequenas lesões anulares, medindo a maior quasi um centímetro de diâmetro e a menor dois a três milímetros. As lesões são constituídas por uma área central de coloração castanho-clara, circundada por uma margem ligeiramente elevada, papulóide, lisa e brilhante, discretamente hipocrômica (fig. 2).

Não se observavam lesões das mucosas.

Fig. 1 — Aspecto das lesões das mãos (a mancha muito hipercrómica na mão esquerda corresponde à zona da biópsia).

Fig. 2 — Lesões anulares da fronte.

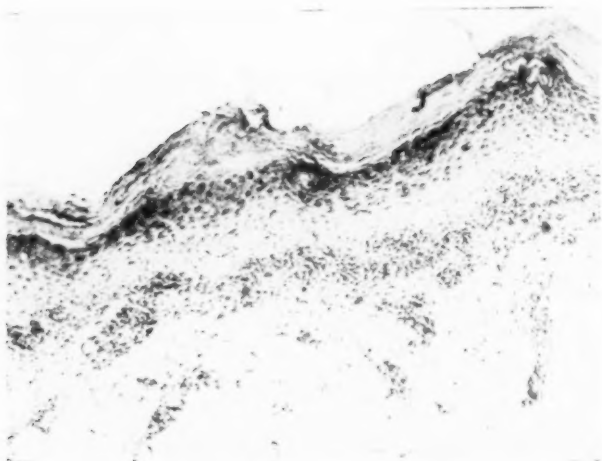



Fig. 3 — Quadro histopatológico típico do líquen plano. Biópsia de lesão anular da mão.

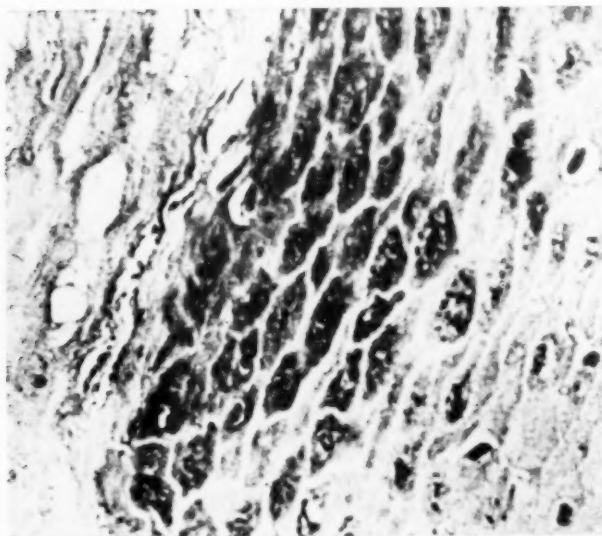



Fig. 4 — Detalhe da fotomicrografia anterior, com maior aumento; note-se a acentuada hiperplasia da granulosa.

Exame histopatológico — Foi retirado da mão esquerda um fragmento de pele abrangendo parte de uma das lesões anulares. A estrutura histopatológica evidenciava as alterações características do líquen plano: deformação das papilas dérmicas, que assumiam o aspecto "em plateau", infiltrado linfo-plasmocitário bem delimitado, "em faixa", espessamento da granulosa (no caso bastante acentuado) (figs. 3 e 4).

Evolução — Apesar de se ter submetido o paciente a tôda a medicação clássica do líquen plano, inclusive radioterapia, as lesões permanecem sem tendência à regressão; apenas também não progrediram (*).

COMENTÁRIOS

O caso acima, logo que observado, nos trouxe à mente a publicação de DOSTROVSKY e SAGHER (1), notadamente pela grande semelhança, e mesmo coincidência de localização das lesões da região frontal de nosso paciente e as que se observam numa das fotografias do trabalho dos mencionados autores. Assim, a circunstância da observação, em nosso meio, de um caso que nos parece poder enquadrar-se na variedade descrita pelos autores de Jerusalém sugeriu algumas considerações a respeito do assunto.

A primeira idéia que ocorre é relativa à influência que realmente terão o fator clima ou as condições sub-tropicais da região, sôbre a gênese da variedade descrita; ora, se realmente a influência do clima se manifestasse exclusiva ou preponderantemente através da luz solar, como parecem admitir DOSTROVSKY e SAGHER (1), é de supor que em climas como o nosso, por exemplo, fossem tais casos de observação muito frequente, e assim é provável que já se tivesse assinalado tal forma, talvez como variedade "tropical". Certamente já tem sido mencionada a influência da luz solar como fator de agravação de lesões de líquen plano; é o caso das publicações de BRUNSTING (2), NILES (3), PAUTRIER (4) e outras, comentadas no próprio trabalho de DOSTROVSKY e SAGHER que vimos citando. Em tôdas essas oportunidades, porém, tratava-se de lesões típicas de líquen, com sua eflorescência clássica.

Outros fatores, sem dúvida, devem ser considerados: a nova modalidade de líquen incidia quasi exclusivamente, como frizaram os autores que a individualizaram, em indivíduos autóctones da região em que a observaram; entre nós, onde, apesar das condições de abundante luminosidade solar, não parece frequente, dada a inexistência de publicações, é interessante assinalar, embora considerada a desvalia de uma só observação, que o nosso caso ocorreu em indivíduo de nacionalidade espanhola. Assim, tudo leva a crer, a se confirmar a individualidade dêsse tipo especial de líquen, que resulte da conjugação de fatores extrínsecos ligados ao clima (não só a questão da luz solar, mas o conjunto de qualidades climáticas inerentes à região), e fa-

(*) E' também uma das características apontadas no "liquen plano sub-tropical" a maior resistência à terapêutica.

tores intrínsecos, raciais, constitucionais ou individuais que condicionem o modo especial de reagir do tegumento cutâneo.

Como quer que seja, pareceu-nos interessante chamar a atenção para a pesquisa, entre nós, de possíveis casos dessa nova modalidade de líquen plano.

CITAÇÕES

1 — DOSTROVSKY, A. and SAGHER, S. — Lichen planus in subtropical countries: study of an anular type with inverse localization (uncovered surposes of the skin). Arch. Dermat. & Syph. 59: 308 (mar.), 1949.

2 — BRUNSTING, L. A. — A Practical Skin Test for The Study of Photosensitivity: Discussion. Proc. Staff meet., Mayo Clin. 16: 480 (jul.), 1941.

3 — NILES, H. D. — Lichen planus atrophicus annulares. Arch Dermat. & Syph. 44: 1125 (dez.), 1941.

4 — PAUTRIER, L. M. — Dermite eczématiforme et lichen plan d'ongine solaire. Bull. Soc. franç. de dermat. et syph. 38: 1393 (nov.), 1931.

End. do autor: r. Afonso Celso, 28, ap. 14 — Barra (Salvador, Bahia)

Tuberculose verrucosa atípica *

R. Vieira Braga

Enviado por colega, tivemos ocasião de examinar um doente portador de variedade rara de *Tuberculosis verrucosa cutis*, da qual só encontramos exemplar semelhante no "Corpus Iconun Morborus Cutaneorum", publicação do Congresso Internacional de Dermatologia de Budapeste, em 1935 (1). Tratando-se, portanto, de caso incomum pelo seu aspeto, localização e dificuldade diagnóstica, achamos de bom alvitre apresentá-lo aos colegas.

Em 4/9/48, veio à nossa presença A. D. A., de côr preta, casado, brasileiro, gráfico, residente à rua D. N. n.º 83, que nos contou a seguinte história: há cêrca de 3 anos, notou o aparecimento de uma lesão cutânea, na região ocipital, representada por saliência linear que desenhava a figura aproximada de um coração, dura, sêca, áspera, coberta de crostas aderentes, eventualmente pruriginosas e que pela expressão porejava escassa serosidade purulenta (sic). Procurou vários médicos e serviços especializados sem obter qualquer resultado; ora, prescreviam-lhe medicamentos tópicos (soluções de iodo, de violeta de genciana, etc.), ora, injeções de bismuto, 914, etc. O estado geral permaneceu inalterável até a presente data.

Na sua anamnese encontramos, dignos de atenção, entre os antecedentes familiares, o fato de dois irmãos terem falecido de tuberculose pulmonar aos vinte e poucos anos de idade e com os quais tivera relativa convivência; entre os antecedentes pessoais, o passado venéreo representado por cancro "duro", adenite inguinal e blenorragia, há 25 anos. Cinco exames de sangue posteriores, para lues, foram negativos (sic).

Ao exame objetivo do tegumento nada encontramos de importante, exceto no couro cabeludo, ao nível da região ocipital, onde deparamos com uma lesão cordiforme, de 6 centímetros no maior diâmetro, aspeto tubérculo-crostoso, assentada em base infiltrada,

---

Dermatologista do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários.

(*) Caso apresentado na sessão de 28 de setembro de 1950 da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia (Rio de Janeiro).

linear ou ligeiramente alargada em alguns segmentos e de trajeto sinuoso. Discreto prurido, às vêzes. Ausência de serosidade à expressão. Levantando-se as crostas, percebe-se exulceração anfractuosa e sem caracteres particulares. Os gânglios linfáticos regionais apresentam-se levemente aumentados de volume (fig. 1).

O exame geral não revelou anomalias nos diversos órgãos e aparelhos.

Foram realizados os seguintes exames complementares:

a) exame de urina: normal (27/4/48);

b) exame de sangue: reações de Kahn e Kline: negativas (16/9/49);

c) roentgenfotografia do tórax: normal (16/9/48);

d) cuti-reação com tuberculina: fracamente positiva (27/10/48);

e) intradermo-reação com tuberculina a 1/1.000: pápula de 1 centímetro (28/3/49);

f) intradermo-reação com tuberculina a 1/10.000: pápula de 0,5 centímetros (10/6/50);

g) exame histo-patológico: mostra a estrutura de um folículo tuberculoso, além de outros caracteres próprios dessa modalidade de tuberculose cutânea (fig. 2).

A coloração de um corte não revelou bacilos ácido-álcool-resistentes.

Por motivos superiores à nossa vontade, não foi tentada a cultura nem a inoculação em animais de laboratório.

CONSIDERAÇÕES

Após o exame objetivo da lesão, nossa impressão, como a dos colegas que nos antecederam, era a de que se tratasse de lues tubérculo-crostosa, atípica, pelo aspeto, localização e duração. Mas, a ausência de outros sinais clínicos, somada à negatividade das reações sorológicas e ao fracasso da terapêutica, levaram-nos à hipótese que ocupava lugar imediato em nosso espírito, — tuberculose verrucosa, — em cujo favor militavam os seguintes elementos:

a) antecedentes familiares de tuberculose;

b) positividade às provas com tuberculina;

c) aspeto clínico da lesão, se bem que desacompanhada de alguns caracteres que os autores classificam de típicos, mas que raramente se encontram na totalidade — apresentação da lesão em três zonas distintas, expulsão de gotículas de serosidade purulenta pela expressão da mesma, sendo que êste, sem dúvida, seja mais encontradiço;

d) aspeto histológico da lesão;

e) efeitos benéficos da terapêutica pela vitamina D2, como veremos adiante.

———

Que outras afecções poderiam estar em jogo?

1.ª — *Sífilis*: afastada por alguns caracteres clínicos da lesão (imutabilidade da forma através de anos, superficialidade), negatividade das reações sorológicas e fracasso da terapêutica anti-luética, conforme as informações do paciente.

2.ª — *Lupus tuberculoso*: se bem que a estrutura histológica pudesse sugerir essa hipótese, afastamo-la, baseados em dados clínicos (localização, evolução, ausência de nódulos lúpicos, etc.) e na sua raridade entre nós.

3.ª — *Epitelioma*: rejeitada pela disposição das alterações histológicas e pelos dados clínicos.

4.ª — *Nevo verrucoso, piodermite vegetante, blastomicose, bouba*: excluem-se pela simples análise dos elementos fornecidos pela observação.

TRATAMENTO

Estabelecido o diagnóstico de *tuberculose verrucosa*, forma atípica, instituímos o tratamento pela vitamina D2 em solução alcoólica ou oleosa, por via oral, conforme o esquema preconizado por Charpy: três doses de 15 miligr. ou 600.000 unidades na primeira semana; duas doses na segunda semana e uma dose nas semanas subsequentes, associada ao cálcio "per os" e regime adequado. Juntamos ainda a vitamina A por via parenteral, de acôrdo com as idéias do Prof. César Ávila, de Pôrto Alegre, que sempre colheu bons resultados com a associação dessas duas vitaminas, mais a vitamina C, no tratamento auxiliar da tuberculose ósteo-articular.

Controlamos cuidadosamente a calcemia com dosagens periódicas e exame clínico. Após o segundo mês, como a calcemia houvesse atingido a cifra de 12 milig. %, suspendemos o cálcio e continuamos ùnicamente com vitamina D2 (600.000 u. por semana) e vitamina A, diàriamente. Esta, pouco tempo depois, foi suspensa por motivo econômico. Com êste ritmo, o cálcio sanguíneo voltou à normalidade.

Deu-se paulatina e progressiva regressão das lesões no transcurso do tratamento. Depois do 12.º mês interrompemos a vitaminoterapia e prescrevemos um antibiótico durante 3 meses, findos os quais volvemos ao calciferol. Como não se verificassem melhoras no decurso dessa nova série de vitamina D2, abandonamo-la e iniciamos a tuberculinoterapia. Os benefícios dessa medicação não tardaram e o aspecto da lesão vem se modificando gradualmente.

RESUMO

Trata-se de caso atípico de *tuberculosis verrucosa cutis*, pelo aspeto e localização e cujo diagnóstico baseou-se na história clínica, exame objetivo, testes biológicos, estrutura histológica e prova terapêutica. Esta constou

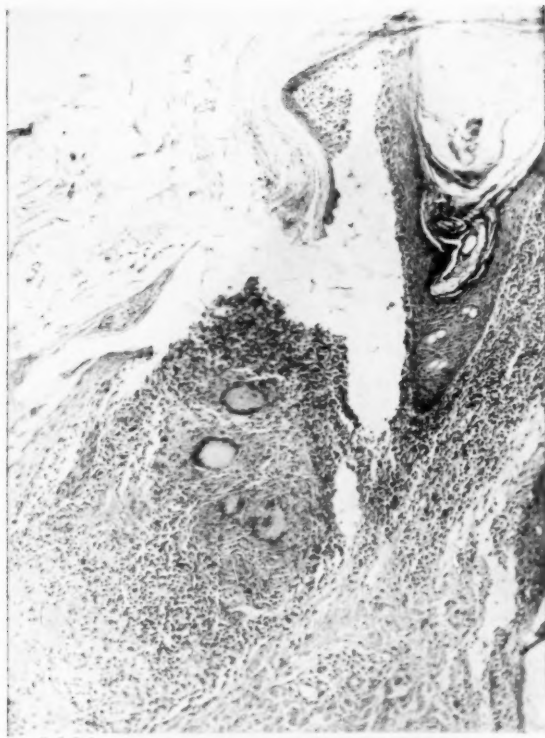



Fig 2

Fig. 1

de vitamina D2, etc., segundo o esquema de Charpy, ligeiramente modificado; de antibiótico e tuberculina. As melhoras clinicas prosseguem satisfatòriamente desde o inicio do tratamento, em setembro de 1948, até a presente data.

SUMMARY

The A. presents an atipic case of «Tuberculosis verrucosa cutis» whose diagnosis was based on the particular history of the pacient, the morphology, the biologic tests and the treatment of the lesion. The vitaminotherapy D2, by the ligthly modified Charpy'escheme, the anti-biotic and the tuberculinotherapy, in successior., slowly improved lhe disease.

CITAÇAO

1 — Corpus Iconum Morborus Cutaneorum — Congresso Internacional de Dermatologia de Budapeste — 1935, vol. 11, pg. 167.

Residência do autor: rua Conde de Bonfim, 1.228 — apto. 403 (Rio).

Boletim da
Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

COMITÉ DE DIREÇÃO

Joaquim Mota
J. Ramos e Silva
Hildebrando Portugal
F. E. Rabelo
Demétrio Peryassú
Luiz Campos Melo

PRESIDENTES HONORARIOS

Gougerot, H. (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Paris) — 26, Boulevard Raspail (Paris, França).
Pautrier, L. M. (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Estrasburgo) — 2, Quai Saint-Nicolas (Estrasburgo, França).

SÓCIOS HONORARIOS

Agneta, José Oscar (Assist. da Clin. Dermat. da Univ. de Buenos Aires) — Cerrito, 1278 (Buenos Aires, Argentina).
Almenara, G. — Direção de Saúde Pública (Lima, Perú).
Artom, Mário — Cristoforo Colombo, 1 (Torino, Itália).
Basombrio, Guilherme — Ayacucho, 1031 (Buenos Aires, Argentina).
Butler, Charles — Montevidéu, Uruguai.
Capelli, Jader (Prof. honor. de dérmato-sif. da Univ. de Florença, Itália).
Civatte, Achille (Ch. do Museu Histol. do Hosp. S. Luiz) — Rue Bichat, 40 (Paris, 10.º, França).
Dennie, Charles C. — Kansas City, E.U.A.
Deseaux, J. — 49, Rue de Coucelles (Paris, França).
Eller, Joseph Jordan — 45, Fifth Avenue (Nova York, E.U.A.).
Favre, Maurice (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Lion) — Place Bellecourt, 33 (Lion, França).
Fernandez, José Maria (antigo Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Ciências Médicas de Rosário) — 25 de Diciembre, 811 (Rosário, Argentina).
Flarer, Franco — Cidade de Padova, Via Santa Sofia, 16 (Itália).
Greco, N. — Buenos Aires, Argentina.
Mackee, George Milles (Dir. do Serv. de Dérmato-Sif. do "New York Post-Graduate Hospital", da Univ. de Colúmbia) — 330, Second Avenue (Nova York, E.U.A.).
Marchionini, A. — Ankara, Turquia.
May, J. — 1444, Av. Rondeau (Montevidéu, Uruguai).
Mazzini, Miguel Angel (Pres. da Ass. Arg. de Dermatosifilologia) — Callao, 1710 (Buenos Aires, Argentina).
Montgomery, Hamilton (da Fundação Mayo) — Rochester, E.U.A.
Nekam, L. (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Budapeste) — Reseda U. 4 (Budapeste, Hungria).
Oteiza Setién, Alberto — Av. de la República, 464-3er. pizo (Havana, Cuba).
Pardo-Castello, V. Calle 19, 671 — Vedado (Havana, Cuba).
Penela, Luiz de Sá (Ch. do Serv. de Dermat. e Venereol. do Hosp. do Destêrro) — Rua Marquês de Tomar, 7 (Lisboa, Portugal).
Pierini, Luis E. (Prof. de dermat. para graduados da Univ. de Buenos Aires) — Córdoba, 2344 (Buenos Aires, Argentina).
Prieto, José Gay (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Madri) — Calle Serrano, 20 (Madri, Espanha).
Prunés R., Luis (Prof. de dermat. da Univ. do Chile) — Av. Condell, 376 (Santiago do Chile).
Pujo y Medina — Fac. de Med. de Santiago do Chile.

Quintero, N. — Buenos Aires, Argentina.
Quiroga, Marcial (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Ciências Médicas de Buenos Aires) — Santa Fé, 980 (Buenos Aires, Argentina).
Ragustin, N. — Rodrigues Peña, 525 (Buenos Aires, Argentina).
Reenstierna, J. — Dep. de Hig. e Bacteriol. da Univ. de Upsala, Suécia.
Schujman, Salomão — Presidente Roca, 599 (Rosário, Argentina).
Schuwartz, Louis — Nova York, E.U.A.
Silva, Flaviano (Prof. aposentado de dérmato-sif. da Univ. da Bahia) — Praça D. Pedro II, 101 (Salvador, Bahia).
Stokes, John H. (Prof. de dérmato-sif. da Univ. de Pensilvânia) — Hosp. Universitário da Univ. de Pensilvânia (Filadélfia, E.U.A.).
Sulzberger, Marion B. (Prof. de dermat. da «New York University») — 999 Fifth Avenue, N.Y. (Nova York, E.U.A.).
Ugarisa, Ricardo (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Assunção) — Assunção, Paraguai.
Uribe, J. I. — Bogotá, Colômbia.
Uriburu, J. — Sargento Cabral, 837 (Buenos Aires, Argentina).
Urueña, J. Gonzales (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. do México) — Av. Oaxaca, 80 (México, D.F.).

SÓCIOS CORRESPONDENTES

Abascal, Horácio (Ch. do Serv. de Profl. Ven. do Min. da Saúde) — Neptuno, 164 (Havana, Cuba).
Almendra, Jaime — (Dir. do Serv. de Dermat. do Hosp. da Marinha) — Rua Artilharia Um, 140 — 1.º (Lisboa, Portugal).
Alvarez, Gregório — Calle Belgrano, 1625 (Buenos Aires, Argentina).
Andrade, Roberto Nuñez de (Prof. de dermat. da Fac. de Med. do México) — México, D.F.
Andrews, George C. (Prof. Assoc. de dermat. na Univ. de Colúmbia) — 115 East 61 th Street — N.Y. (Nova York, E.U.A.).
Barba Rúbio, José (Prof. Adj. de dérmato-sif. da Fac. de Ciências Médicas e Biol. da Univ. de Guadalajara) — Ed. Lutécia Desp. 117-118 (Guadalajara, Jal., México).
Bertaccini, Giuseppe (Dir. da Clin. Dermatol. de Bari) — Piazza Massari, 6 (Bari, Itália).
Borda, Júlio Martin — Córdoba, 1237-9.º P. (Buenos Aires, Argentina).
Carrasco, Manoel Caeiro (Dir. do Serv. de Dermat. do Hosp. de Sto. Antônio dos Capuchos) — C. do Sacramento, 7-2.º (Lisboa, Portugal).
Chaná, Pedro Chariola — Miraflores, 613 (Santiago do Chile).
Chediak, Alejandro — San Lazaro, 173 (Havana, Cuba).
Cole, Harold Newton (Prof. de dérmato-sif. de "Western Reserve University") — 1352, Hanna Building — Euclid at 14 th St. (Cleveland, E.U.A.).
Contreras, Félix (Secret. Geral da Acad. Espanhola de Dermat. e Sif.) — Villanueva, 43 (Madri, Espanha).
Convit, Jacinto — San Bernardino — Av. Avilla — Quinta Ana (Caracas, Venezuela).
Cordero, Alejandro A. — Carlos Pellegrini, 1560 (Buenos Aires, Argentina).
Crosti, Agostino (Dir. da Clin. Dermatol. da Univ. de Milano) — Via Pace, 9 (Milano, Itália).
Degos, Robert (Secret. Geral da Soc. Franc. de Dermat. e Sif.) — 20, rue de Penthièvre (Paris, 8o., França).
Driver, James R. (Prof. Assoc. de dermat. na "Western Reserve University") — Cleveland, E.U.A.
Elliot, Davi C. (Sifilologista do Serv. de Saúde Públ. dos Est. Unidos da América).
Esteves, Juvenal Alvarez (Dermatologista dos Hospitais Civis de Lisboa) — Rua da Emenda, 76-1.º (Lisboa, Portugal).

Ferrari, Alexandro (Livre-doc. de dermat. em Torino e redator do "Il Dermosifilografo") — Corso Matteoti, 28 (Torino, Itália).
Garzon, Rafael (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Córdoba) — Entre Rios, 372 (Córdoba, Argentina).
Gimenez, Manuel — Necochea, 148 (Resistência — Chaco, Argentina).
Grace, Arthur (Prof. de dérmato-sif. do "Post-Graduate College of Medicine") — 11 Schermerhorn Street (Brooklin, N.Y. — E.U.A.).
Guillot, Carlos Frederico (Assist. da Div. Dérmato-Venereol. da Dir. Nac. de Saúde Pública de Buenos Aires) — Puerrydon, 1780 (Buenos Aires, Argentina).
Kahn, Reuben L. — Univ. de Michigan, Hosp. Universitário (Ann-Arbor — Michigan, E.U.A.).
Leite, Augusto Salazar (Prof. do Inst. de Med. Trop.) — Av. da República, 56 (Lisboa, Portugal).
Leon Blanco, Francisco — Calle 16, 27 (Miramar, Cuba).
Lepiavka, Arseny D. — Av. Chapultepec, 401 (México, D.F.).
Mahoney, J. M. — "Marine Hosp. — Staten Island" (Nova York, E.U.A.).
Mariani, Giuseppe (Dir. da Clín. Dermatol. de Gênova) — Gênova, Itália.
Marques, J. Ferreira — Lisboa, Portugal.
Marquez, José Sanchez (Patol. do Inst. Dermatol. e Instrutor de Histol. da Fac. de Med. de Guadalajara) — Independencia, 66 (Guadalajara — Jalisco, México).
Molla, Aurelio Loret de (Prof. de dermat. da Fac. de Med. de Lima) — Lima, Perú.
Mom, Arturo Manrique — México, 823 (Buenos Aires, Argentina).
Negroni, Pablo — Pichincha, 830 (Buenos Aires, Argentina).
Noussitou, Fernando Martin — Santa Fé, 1394 (Buenos Aires, Argentina).
Nurenberg, Alberto — Rosário, Argentina.
Orbaneja, José Gomez (Prof. Tit. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Valladolid) — Calle de Almagro, 12 (Madri, Espanha).
Pascher, Frances (Assist. do «New York Pos-Graduate — Skin & Cancer') — Nova York, E.U.A.
Pesce, Hugo (Méd.-ch. do Serv. Antileproso de Apurimac) — Andahuáilas, Perú.
Pessolani Cordone, Domingo (Ch. do Serv. de Venereol. do Hosp. Mil. Central de Assunção) — 25 Noviembre, 497 (Assunção, Paraguai).
Peyri, G. Mercádal (Prof. Adj. de dermat., em Barcelona) — Via Layetana, 167 (Barcelona, Espanha).
Prats, Florencio (Ch. da Secção C do Hosp. S. Luiz, de Santiago) — Calle José Manuel Infante, 438 (Santiago do Chile).
Rein, Charles R. (Ch. do Serv. de Sorol. do Exército Americano) — 25 Central Park West — Nova York, E.U.A.
Rodriguez Estigarribia, Eduardo — Tenente Farina, 485 (Assunção, Paraguai).
Salazar, Delfin Elizondo — São José, Costa Rica.
Sampaio, Antônio Neves (Dir. do Serv. de Dermat. do Hosp. Infantil de S. Roque) — Av. da Liberdade, 140-1.º (Lisboa, Portugal).
Sampaio, Otávio Meneres (Dermatologista dos Hospitais Civis) — Av. Praia da Vitória, 13-3.º (Lisboa, Portugal).
Serial, Augusto (Ch. do lab. da cad. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Rosário) — Hosp. Intendente Carrasco (Rosário, Argentina).
Suarez, Jorge — Pichincha, 450 (La Paz, Bolívia).
Tello, Enrique Estanislao (Ch. do Serv. de Dermat. do Hosp. São Roque) — Av. Olmos, 165-A, piso — Depto. 13 (Córdoba, Argentina).
Tiant, Francisco R. — San Lazaro, 464 (Havana, Cuba).
Tommasi, Lodovico (Dir. da Clín. Dermatol. da Univ. de Roma) — Roma, Itália.
Tzank, Arnault (Ch. da Clín. Dérmato-Sif. do Hosp. S. Luiz) — Paris, França.

Vegas, Martins (Prof. da Fac. de Med. da Venezuela) — Caracas, Venezuela.
Vignale, Bartolomé (Prof. Tit. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Montevidéu) — 18 de Julio, 1323, piso 1 (Montevidéu, Uruguai).
Wade, Howard Windson (da "Leonard Wood Memorial") — Nova York, E.U.A.
Weiss, Pedro (Prof. de patol. da "Univ. Nac. Mayor de San Marcos") — Calle San Jacinto, 151 (Lima, Perú).
Wise, Fred. (Prof. de dérmato-sif. do "New York Post-Graduated Medical School — Columbia University") — 816, Fifth Av. (Nova York, 21 E.U.A.).

SÓCIOS EFETIVOS

Abelha, Jaime (Dermatologista do Inst. de Aposent. e Pensões dos Marítimos) — Rua Buenos Aires, 268 (Rio).
Abreu, José Eduardo de (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Av. Augusto Severo, 78 — apto. 6 (Rio).
Abreu, Wilson Marques de (Dermatologista do Dep. de Saúde Escolar da Pref. do Dist. Fed.; méd. adj. da Sta. Casa de Misericórdia) — R. Marquês de S. Vicente, 182 (Rio).
Abú-Merhy, Miguel Elias (Dermatologista do Dep. de Saúde Escolar da Pref. do Dist. Fed.) — Av. Osvaldo Cruz, 103 — apto. 704 (Rio).
Agricola, Ernani (Dir. do Serv. Nac. de Lepra, do Min. da Ed. e Saúde) — Rua Alexandre Ferreira, 8 (Rio).
Aguiar, Otávio Garcez — Rua Teodoro Sampaio, 26 (Salvador, Bahia).
Aguiar Pupo, João de (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo) — Av. Angélica, 1920 (S. Paulo).
Alayon, Fernando — Av. Pacaembú, 1088 (S. Paulo).
Alcântara Madeira, J. — Rua Bragança, 97 — Perdizes (S. Paulo).
Aleixo, Josefino — Rua Itajubá, 250 (Belo Horizonte, Minas Gerais).
Almeida, Edson de (Ch. de Clin. Dérmato-Sifil. do Hosp. dos Serv. do Estado) — Rua Laranjeiras, 210 — apto. 1111 (Rio).
Almeida, Teófilo (ex-Dir. da Div. de Organ. Hositalar, do Min. da Ed. e Saúde) — Rua Aristides Espinola, 6 (Rio).
Alonso, Carlos (Assist. da Enf. 26 da Sta. Casa de Misericórdia do Rio) — Praia do Gragoatá, 3 (Niterói, Est. do Rio).
Antunes, Almir Gusmão (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil; dermatologista da Beneficência Portuguêsa) — Av. Atlântica, 524-6.º (Rio).
Aquino, Ulisses Mota de (da Div. de Organ. Sanit., do Min. da Ed. e Saúde) — Rua Mal. Francisco de Moura, 218 — apto. 202 (Rio).
Aranha Campos, José — Rua D. Hipólita, 795 (S. Paulo).
Arantes, Aguilar (Méd.-aux. da Col. S. Roque) — Hosp. S. Roque (Piraquara, Paraná).
Areia Leão, A. E. (Ch. de Lab. do Inst. Osvaldo Cruz) — Rua México, 164-1.º (Rio).
Assis, José de (da Sta. Casa de Misericórdia de Pelotas) — Pelotas, Rio Grande do Sul.
Azevedo, Sérgio (Assist. do Serv. Nac. de Câncer, do Min. da Ed. e Saúde) — Av. Epitácio Pessoa, 724 (Rio).
Azulay, Rubem Davi (Doc.-livre da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil e da Fac. Flum. de Med.) — Rua 5 de Julho, 88 (Rio).
Bandeira, Rubem da Rocha — Av. Protásio Alves, 403 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Baracho, Raimundo (Méd. do Dep. de Saúde de Pernambuco) — Av. José Rufino, 2619 — Barro (Recife, Pernambuco).
Barros, Osvaldo de Toledo (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua Assembléia, 98-4.º, sala 45 (Rio).
Bastos, Arnaldo — Rua Prof. França, 9 (Salvador, Bahia).

Bechelli, Luiz Marino — Rua Artur Azevedo, 566 (S. Paulo).
Bernhardt, Armin (Assist. da Enf. de Dérmato-Sif. da Sta. Casa de Pôrto Alegre; Venereol. do Dep. Est. de Saúde) — Caixa postal, 1264 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Bianco, Afonso — Rua Castro Alves, 469 (S. Paulo).
Bicudo Júnior, J. da Fonseca — Largo Padre Péricles, 48 (S. Paulo).
Bopp, Clóvis — Rua Cristóvão Colombo, 2752 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Brito, Paulo de Souza — Rua Paissandú, 397 — Partenon (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Buaiz, Luiz — Rua 23 de Maio, 359 (Vitória, Espírito Santo).
Caldas, Heráclito (da Fund. Gaffrée-Guinle) — Av. Princesa Isabel, 58-B, apto. 61 (Rio).
Campos, Ênio Candiota de (Ch. da Clín. do Serv. de Dérmato-Sif. da Santa Casa de Pôrto Alegre; dermatologista do Dep. Est. de Saúde) — Rua Quintino Bocaiuva, 1394 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Campos, Sílvio — Rua Artur Orlando, 117 (Recife, Pernambuco).
Campos Melo, Luiz (Ch. do Serv. de Doenças Venéreas, da Pref. do Distrito Federal) — Rua México, 31 — apto. 301 (Rio).
Cantídio, Valter Moura (Ch. do Serv. de Profil. da Lepra, do Ceará) — Caixa postal, 427 (Fortaleza, Ceará).
Carvalho, Ulisses Castanheira de (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Santa Casa de Belo Horizonte) — Rua Piauí, 953 (Belo Horizonte, Minas Gerais).
Castelar, Valter Roversi (Assist. do Ambul. 25 da Sta. Casa de Misericórdia) — Rua Carvalho Mendonça, 29 — apto. 404 (Rio).
Castro, Clóvis de — Ed. Automóvel Clube, rua Álvares Cabral, apto. 113 (Belo Horizonte, Minas Gerais).
Castro Barbosa, Paulo de (Ch. do Serv. de Dérmato-Sif. da Policl. de Botáfogo; Assist. da Enf. 26 da Sta. Casa do Rio) — Rua Anita Garibaldi, 105 — apto. 301 (Rio).
Cavalcanti, Jorge Duarte Quintela (Dermatologista do I.A.P.E.T.C.) — Pça. Gonçalves Ledo, 219 (Maceió, Alagoas).

Cerqueira, Paulo — Rua Tomé de Souza, 925 (Belo Horizonte, Minas Gerais).
Cerruti, Humberto — Rua Gabus Mendes, 19 — apto. 50 (S. Paulo).
Foigel, Simão (Ch. de Clín. do Hosp. Pedro II: Méd. do Serv. de Profil.
Chaves, Antônio de Castro (Venereologista do Dep. Est. de Saúde) — Av. Independência, 831 — apto. 41 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Chaves, Olímpio (Livre-doc. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua da Assembléia, 121-2.º (Rio).
Clausell, Domingos Tellechea — Rua Barata Ribeiro, 616 — apto. 603 (Rio).
Conceição, José Oliveira — Rua Jacinto Gomes, 152 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Cordeiro, Antônio Geraldo — Av. 7 de Setembro, 245 — apto. 11 (Salvador, Bahia).
Costa, Osvaldo Gonçalves (Livre-doc. e Assist. da Clín. de Sífilis e Mol. da Pele da Fac. de Med. da Univ. de Minas Gerais) — Rua Ceará, 1991 (Belo Horizonte, Minas Gerais).
Costa, Paulo Dias da (Ch. da Clín. de Alergia do Hosp. Central da Aeronáutica) — Av. Graça Aranha, 81 — 10.º andar, sala 1.003 (Rio).
Costa Júnior, A. F. da (Livre-doc. e Ch. de Clín. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua México, 98 — 4.º andar, sala 409 (Rio).
Cozzolino, Danilo (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Esc. de Med. e Cir.) — Rua Vicente Licínio, 95 (Rio).
Cruz, Osvaldo Rosa de Vasconcelos (Assist. do Hosp. dos Serv. do Estado) — Rua México, 31 — 12.º andar, sala 1.202 (Rio).
Cunali, Humberto (do Hosp. S. Franc. de Assis, de Ribeirão Preto) — Caixa postal, 34 (Ribeirão Preto, S. Paulo).

Cunha, Afrânio Rodrigues (Ch. da Clin. Dérmato-Sifil. da Sta. Casa de Uberaba) — Rua Sto. Antônio, 8 (Uberara, Minas Gerais).

Cunha, Custódio Vieira da — Rua Duque de Caxias, 973 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).

Cunha, Heitor de Oliveira (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua Conde de Bonfim, 423 (Rio).

Dacorso Filho, Paulo (Prof. de Anat. Patol. da Esc. Nac. de Veterinária) — Rua Maestro Francisco Braga, 460 — apto. 204 (Rio).

Difini, Joaquim Montano (Dir.-Méd. do I.P.A.S.E.) — Rua Paissandú, 223 (Rio).

Diniz, Orestes — Dir. da Div. de Lepra do Dep. Est. de Saúde de Minas Gerais) — Rua Emboabas, 519 (Belo Horizonte, Minas Gerais).

Drolhe da Costa, Edgar Gomensoro (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua Jardim Botânico, 86 (Rio).

Faillace, Jandir Maia (Livre-doc. da Fac. de Med. de Pôrto Alegre) — Rua Duque de Caxias, 833 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).

Ferreira Filho, Joaquim Martins (Cap.-Tte. Méd. Dermat. do Hosp. Central da Marinha) — Rua Mal. Mascarenhas de Morais, 89 — apto. 201 (Rio).

Ferreira da Rosa, Amilcar — Rua Senador Dantas, 20 — 8.º andar, sala 801 (Rio).

Fialho, Amadeu (Prof. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua Almirante Cockrane, 23 (Rio).

Fialho, Francisco (Prof. da Esc. de Med. e Cir.; Assist. do Serv. Nac. de Câncer, do Min. da Ed. e Saúde) — Rua Almirante Cockrane, 23 (Rio).

Fiquene, Salomão — Rua 13 de Maio, 503 (S. Luiz, Maranhão).

Foigel, Simão (Ch. de Clin. do Hosp. Pedro II; Méd. do Serv. de Profil. das Doenças Venéreas de Pernambuco) — Rua da Saudade, 96 (Recife, Pernambuco).

Fonseca, filho, Olimpio da (Dir. do Inst. Oswaldo Cruz; Prof. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua Marquês de Olinda, 18 (Rio).

Fonte, Joir (do Serv. Nac. de Lepra, do Min. da Ed. e Saúde) — Av. 13 de Maio, 37 — 1.º andar (Rio).

Fraga, Armínio (Livre-doc. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua Debret, 79 — 7.º andar, sala 705 (Rio).

Freire e Silva, Jorge (Assist. da Policl. Geral do Rio de Jan.) — Rua Dr. Sardinha, 38 (Rio).

Frasca, Otorino — Rua Barros Cassal, 481 — apto. 6 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).

Furtado, Tancredo Alves — Rua Alvarenga Peixoto, 986 (Belo Horizonte, Minas Gerais).

Gabbay, Isac (Assist. do Serv. de Dermat. do Hosp. dos Serv. do Est.) — Rua Carvalho de Mendonça, 13 — apto. 703 (Rio).

Genú, Hernani Alfredo Pequeno (do Hosp.-Col. Curupaiti) — Rua Araújo Pôrto Alegre, 70 — 6.º andar, sala 601/602 (Rio).

Genú, J. Oriente de Arruda — Rua México, 41 — 16.º andar, sala 1602 (Rio).

Gerbase, José (Dermatologista, em Pôrto Alegre) — Rua Hilário Ribeiro, 299 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).

Gomes, Graco Leite (Ch. da Clin. Dérmato-Sifil. do I.A.P.E.T.C.) — Praça Floriano, 55 — 4.º andar (Rio).

Gonsalves, Benjamin (General Médico do Exército) — Rua Camaragibe, 13 (Rio).

Gontijo Assunção, João Batista (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Sta. Casa de Belo Horizonte) — Rua Bernardo Guimarães, 2.535 (Belo Horizonte, Minas Gerais).

Gonzaga de Castro, Luis (Dir. Geral de Saúde Naval) — Rua Júlio de Castilhos, 61, casa 6 (Rio).

Greco, J. B. (Alergista, em Belo Horizonte) — Rua Juiz de Fora, 849 (Belo Horizonte, Minas Gerais).
Grieco, Vicente (Livre-doc. da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo) — Rua Maria Paula, 62 — 7.º andar, conj. 72 (S. Paulo).
Guimarães, Heitor — Rua Siqueira Campos, 1.170 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Guimarães, José Luiz — Alameda Nothmann, 668 (S. Paulo).
Guimarães, Newton Alves (Livre-doc. e Assist. de Microbiol. da Univ. da Bahia) — Rua Afonso Celso, 28 — apto. 14 — Barra (Salvador, Bahia).
Lacaz, Carlos da Silva (Livre-doc. e 1.º Assist. da cad. de Microbiol. e Imunol. da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo) — Caixa postal, 951 (S. Paulo).
Legéne, Paulo Cardoso — Rua Alcindo Guanabara, 15-A — 4.º andar (Rio).
Leitão, Albino — Rua Campo Grande, 15 (Salvador, Bahia).
Levi, Alberto Simão — Rua Santo Amaro, 14 — apto. 75 (Rio).
Lima, Erasmo — Rua S. José, 85 — 6.º andar (Rio).
Lira, Olavo de Andrade (Dermatologista do Centro de Saúde n. 10 do Dist. Fed. e do Inst. Clín. de Madureira) — Av. Maracanã, 33 (Rio).
Lobo, Jorge (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. da Univ. do Recife) — Rua Amaro Bezerra, 584 (Recife, Pernambuco).
Lobo, Jorge Ernesto de Souza — Rua Oliveira da Rocha, 54 — apto. 301 (Rio).
Lobo, Paulo de Souza (Ch. do Serv. de Dermat. e Radioterapia da Policl. de Pescadores) — Av. Graça Aranha, 333 — 2.º andar, sala 209 (Rio).
Lopes, Cid. Ferreira — Rua Piauí, 923 (Belo Horizonte, Minas Gerais).
Lopez, Aurélio Ancona (Dermatologista do Hosp. do Serv. Social de Menores) — Rua Manoel da Nóbrega, 151 (S. Paulo).
Lucca, Salvador de (Assist. da Policl. Geral do Rio de Jan.) — Rua Pompeu Loureiro, 120 — apto. 1.001 (Rio).
Louzada, Antônio — Rua Santa Terezinha, 186 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Machado, Osolando Júdice (do Serv. Nac. de Câncer, do Min. da Ed. e Saúde) — Av. Graça Aranha, 333 — 2.º andar, sala 209 (Rio).
Magalhães Gomes, Edgard (Prof. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua México, 41 — 18º andar, sala 1804 (Rio).
Malaquias, Guilherme — Rua Senador Dantas, 103 — 1.º andar (Rio).
Mangeon, Gilberto (Dir. do Hosp.-Col. Curupaiti) — Rua Godofredo Viana, 64 — Jacarepaguá (Rio).
Marsiaj, Nino (Doc.-livre da Fac. de Med. de Pôrto Alegre) — Caixa postal 205 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Margutti, Luiz (do Hosp. S. João Batista da Lagoa e da Cruz Verm. Brasil.) — Rua Adalberto Ferreira, 68 — casa 10 (Rio).
Marques, Halley — Rua Mal. Floriano, 362 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Marques, Artur Pôrto (Assist. do Hosp.-Col. Curupaiti) — Av. Portugal, 386 — apto. 64 (Rio).
Marques dos Santos, Everardo (Assist. da Enf. 26 da Sta. Casa de Misericórdia do Rio) — Rua Gal. Pereira da Silva, 47 — Icaraí (Niterói, Estado do Rio).
Martins de Castro, Abílio (Dermatologista, em S. Paulo) — Rua Veiga Filho, 259 (S. Paulo).
Medeiros, Ceci Mascarenhas (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. do Brasil). — Av. Lineu de Paula Machado, 18 (Rio).
Mendes, José Pessoa (Dermatologista, em Pôrto Alegre) — Rua Andradas, 1428 — 2.º andar (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Mendes de Castro, Benedito (Dermatologista do Serv. de Saúde Escolar de S. Paulo) — Rua Atlântica, 463 (S. Paulo).
Mendonça, Adolfo Bahia (Prof. Livre da Fac. de Med. da Univ. da Bahia; Médico do Dep. Est. de Saúde) — Av. Joana Angélica, 185 (Salvador Bahia).

Menezes, Dardo (Dermatologista e venereologista, em Uruguaiana) — Rua Gal. Bento Martins, 32 (Uruguaiana, Rio Grande do Sul).
Mesquita, André Petrarca de (Dermatologista do I.A.P.E.T.C. — Rua Professor Gabizo, 157 (Rio).
Miranda, Rui Noronha (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. da Univ. do Paraná) — Rua Bruno Filgueira, 376 (Curitiba, Paraná).
Miranda, Valdemir (Livre-doc. da Fac. de Med. da Univ. do Recife; Dir. da Casa de Saúde S. Marcos) — Av. Portugal, 52 (Recife, Pernambuco).
Miranda Júnior, João (Dermatologista da Ordem Terceira da Penitência) — Rua Uruguaiana, 12 — 3.º andar (Rio).
Mollo, Miguel Agostinho Risola (Dermatologista do I.A.P.C.) — Rua Joaquim Murtinho, 192 — apto. 8 (Rio).
Monteiro, Alfredo Bahia — Rua Fernando Alves, 4 (Salvador, Bahia).
Monteiro, Antônio Mendes — Rua Senador Dantas, 20, sala 1307 (Rio).
Morais, José Dias de (Dermatologista, em Santos) — Rua Vasconcelos Tavares, 25 (Santos, S. Paulo).
Morais, Rui Gomes de (Prof. da Fac. Nac. de Farm. da Univ. do Brasil e da Esc. de Med. e Cir. do Inst. Hahnemanniano) — Rua 13 de Maio n. 223 (Rio).
Moreira da Fonseca, Joaquim (Prof. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua S. José, 85 — 5.º andar (Rio).
Moses, Artur — Rua Rosário, 134 — 1.º andar (Rio).
Mota, Joaquim Pereira da (Prof. de dermat. da Fac. de Ciências Médicas; livre-doc. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua Rodrigo Silva, 34-A 2.º andar (Rio).
Moura, Aureliano Matos de (Dir. da Div. de Lepra do Dep. de Saúde do Paraná) — Rua Lamenha Lins, 88 (Curitiba, Paraná).
Moura Costa, Henrique de (Dir.-Técnico da Fund. Gaffrée-Guinle) — Travessa João Afonso, 38 (Rio).
Mourão, Benedictus Mário — Rua Junqueiras, 55 (Poços de Caldas, Minas Gerais).
Negreiros, Eleutério Brum — Av. Almte. Barroso, 97 — 7.º andar, sala 704 (Rio).
Nery Guimarães, Felipe (Pesq. especializado do Inst. Oswaldo Cruz) — Rua Carvalho Azevedo, 11 — apto. 202 (Rio).
Neves, Armando — Col. S. Francisco de Assis (Bambuí, Minas Gerais).
Niemeyer, Armin — Rua Vigário José Inácio, 311 — 2.º andar (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Nogueira, Cássio (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua Assembléia, 104, sala 502 (Rio).
Nolasco, Arnaldo (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. do Recife) — Rua da Saudade, 313 (Recife, Pernambuco).
Oliveira Lima, A. — Av. Rio Branco, 277, sala 1210 (Rio).
Oliveira Lima, Silvano de (do Hosp.-Col. Curupaiti) — Rua Godofredo Viana, 64 — Jacarepaguá (Rio).
Orsini de Castro, Olinto (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. da Univ. de Minas Gerais) — Av. Paraná, 430 (Belo Horizonte, Minas Gerais).
Padilha Gonçalves, Antar (Dermatologista do Banco do Brasil S/A.; Assist. de dérmato-sif. da Esc. de Med.e Cir.) — Av. Ataulfo de Paiva, 1105 (Rio).
Paes de Oliveira, Paulo (Médico do Exército) — Rua Buarque de Macedo n. 59 — apto. 101 (Rio).
Pagnano, Dilermando da Silveira (Dermatologista e radioterapeuta do Pav. Tinoco Cabral, da Sta. Casa de Ribeirão Preto) — Rua Garibaldi, 108 (Ribeirão Preto, S. Paulo).
Paiva, Gustavo Ferreira de (Assist. da Clin. Dermatológica da Sta. Casa de Belo Horizonte) — Rua Fernandes Tourinho, 955 (Belo Horizonte, Minas Gerais).

Parreiras Horta, Eduardo — Rua Barão de Lucena, 81 (Rio).
Parreiras Horta, Paulo (Prof. de dérmato-sif. da Fac. Flum. de Med.) — Rua Barão de Lucena, 81 (Rio).
Peixoto, Perilo Galvão (Dermatologista do I.P.A.S.E.) — Rua Dias Ferreira, 45 — apto. 203 (Rio).
Peixoto Guimarães, José Pena (Dermatologista do I.A.P.C.) — Rua Clarimundo de Melo, 1101 (Rio).
Penalva Costa, Fábio (Assist. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua México, 98 — 4.º andar, sala 409 (Rio).
Pereira, Antônio Carlos — Rua Oscar Vidal, 492 (Juiz de Fora, Minas Gerais).
Pereira, Oaci Carlos — Av. Atlântica, 66 — apto. 118 (Rio).
Pereira Filho, Manoel (Prof. de Microbiol. da Fac. de Med. da Univ. de Pôrto Alegre) — Rua Pinto Bandeira, 331 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Pereira da Silva, Carlos Leite (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. da Univ. de Pôrto Alegre) — Rua Dr. Timóteo, 395 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Pereira Gomes, Rui (Dermatologista do Serv. Méd. do Min. da Fazenda) — Rua Marquês de Pinedo, 71 (Rio).
Pereira Rêgo, Aguinaldo (Livre-doc. da Fac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua Tereza Guimarães, 144 (Rio).
Periassú, Demétrio (Livre-doc. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil; Ch. de Clin. da Esc. de Med. e Cir.) — Av. N. S. de Copacabana, 664, apto. 903 (Rio).
Pinto, José Thiers (Ch. de lab. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua Prof. Estelita Lins, 63 (Rio).
Pinto, Moacir Teixeira (Dir. Méd. da Col. S. Roque) — Piraquara (Paraná).
Pires, Valdemiro (Dir. do Hosp. de Neuro-Psiq. Infantil do Serv. Nac. de Doenças Mentais, do Min. da Ed. e Saúde) — Rua Debret, 79, sala 405 (Rio).
Plascência Filho, Félix (Méd. venereol. do Depto. de Saúde do Rio Grande do Sul) — Rua Andradas, 1073 — 3.º andar, apto 1 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Portela, Osvaldo Baltazar (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua Buenos Aires, 70 — 5.º andar (Rio).
Pôrto, Jarbas Anacleto (Assit. do Serv. de Dérmato-Sifil. do Hosp. dos Servidores do Estado) — Av. Rio Branco, 116 — 14.º andar, sala 1406 (Rio).
Portugal, Hildebrando Marcondes (Livre-doc. e Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil; Prof. de histol. da Fac. de Ciências Médicas) — Rua Prudente de Morais, 1189 (Rio).
Portugal, Osvaldo — Rua Batatais, 538 (S. Paulo).
Proença, Paulo (ex-Ch. de lab. da antiga Insp. de Profil. da Sífilis, Lepra e Doenças Venéreas) — Rua Voluntários da Pátria, 286 (Rio).
Rabelo, Eduardo (*) (Prof. de dérmato-sif. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil).
Rabelo, Francisco Eduardo Acioli (Prof. de dérmato-sif. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua Alvaro Alvim, 15-A — 7.º andar (Rio).
Ramos e Silva, João (Prof. de dérmato-sif. da Esc. de Med. e Cir.) — Av. 13 de Maio, 37 — 3.º andar (Rio).
Renda, José (Assist. da Fac. de Med. da Univ. do Recife) — Ed. Trianon, sala 101 — Av. Guararapes (Recife, Pernambuco).

(*) Falecido em 1940. Seu nome será perpètuamente conservado na lista dos componentes da Soc., de acôrdo com deliberação tomada em sessão de outubro de 1940.

Ribeiro Neto, Domingos Oliveira (Livre-doc. e Assist. de dérmato-sif. da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo) — Rua Peixoto Gomide, 1665 (S. Paulo).
Ribas, Edgar Barbosa (Ch. do Serv. de Doenças Venéreas do Depto. de Saúde do Paraná) — Caixa postal 461 (Curitiba, Paraná).
Risi, João Batista (do Serv. Nac. de Lepra, do Min. da Ed. e Saúde) — Rua Gastão Gonçalves, 31 (Niterói, Est. do Rio).
Rietmann, Bruno — Lad. de S. Bento, 8 (Salvador, Bahia).
Rocha, Clóvis Soisson da — Rua Castro Alves, 74 (Rio).
Rocha, Darcy (Livre-doc. e Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. de Pôrto Alegre) — Rua Azenha, 705 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Rocha, Glyne Leite (Livre-doc. e Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua México, 41 — 5.º andar, sala 52 (Rio).
Rocha, Maria Clama M. da (Doc.-livre de Clín. Pediátrica e Hig. Infantil da Fac. de Med. da Univ. de Pôrto Alegre) — R. Gal. Vitorino, 273, apto. 3 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Rossas, Tomaz Pompeu (do Serv. Nac. de Lepra, do Min. da Ed. e Saúde) — Rua Padre Leonel Franca, 100, apto. 102 (Rio).
Rosseti, Nicolau (Prof. de dérmato-sifil. da Esc. Paul. de Med.) — Rua Baroneza de Itú, 459 (S. Paulo).
Rotberg, Abraão (Médico do Depto. de Profil. da Lepra) — Rua Vieira de Carvalho, 122 (S. Paulo).
Rutowitsch, Mário (Livre-doc. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil; Ch. do Serv. de Dérmato-Sif. do Hosp. dos Serv. do Estado) — Rua Otávio Correia, 253 (Rio).
Sá e Silva, Lauro (Radiologista da Assist. Mun.) — Rua Alcindo Guanabana, 15-A — 7.º andar (Rio).
Saliba, Nagib — Av. Augusto de Lima, 1568 (Belo Horizonte, Minas Gerais).
Sampaio, Sebastião de Almeida Prado — Rua Marquês de Itú, 1005 (S. Paulo).
Sanson, Raul D. de (Prof. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil; Ch. de Serv. da Policl. de Botafogo) — Rua Debret, 79, sala 201 (Rio).
Santos, Carlos Candal dos (Doc. de Patol. Geral da Fac. de Med. da Univ. de Pôrto Alegre) — Rua Andradas, 1534-térreo, fundos (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Sattamini, Eduardo (Assist., aposentado, do Inst. de Radiumterapia da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua Conde de Bonfim, 25 (Rio).
Serra, Osvaldo (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil) — Rua Alegrete, 5, apto. 15 (Rio).
Sefton, Basil (Prof. de Med. Trop. da Fac. de Med. da Univ. de Pôrto Alegre) — Rua Dinarte Ribeiro, 116 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Silva, Cândido de Oliveira e (Assist. do Inst. de Leprol. do Serv. Nac. de Lepra, do Min. da Ed. e Saúde) — Rua Engenheiro Pena Chaves n. 15, apto. 202 (Rio).
Silva, Alcides de Azevedo (da Fund. Gaffrée-Guinle e do Hosp. Geral da Sta. Casa de Misericórdia) — Rua Barão de Itapagipe, 117 (Rio).
Silva, Ives Palermo da — Praça D. Pedro II, 101 (Salvador, Bahia).
Silva, Newton Neves da — Av. Bastion, 528 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Silvany Filho, Aníbal Muniz (Anátomo-patologista do Hosp. Santa Izabel; Assist. de Anat. Patol. da Fac. de Med. da Univ. da Bahia) — Rua Conceição Foeppel, 51 (Salvador, Bahia).
Silveira, Edú Dias da (Assist. de Microbil. da Fac. de Med. de Pôrto Alegre) — Pano da Areia, 5926 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Soares, José Augusto — Rua Castro Alves, 53 (S. Paulo).
Souza, Cristóvão Colombo de (da Esc. Veter. do Exército) — Rua Farme de Amoedo, 49, apto. 101 (Rio).

Souza, Francisco Chagas (Doc. de Microbiol. da Fac. de Med. da Univ. de Pôrto Alegre) — Rua Coronel Bordini, 487 (Pôrto Alegre, R. G. do Sul).
Souza, Paulo Alvaro de (Assist. da Fac. de Med. da Univ. do Recife e Méd. do Serv. de Lepra do Est.) — Av. Cruz Gabugá, 855 (Recife, Pernambuco).
Souza Araújo, Heráclides César de (Ch. de Lab. do Ins. Osv. Cruz) — Av. 13 de Maio, 37, 1.º andar (Rio).
Souza Coelho, Roberto de — Av. Rio Branco, 251, 11.º andar (Rio).
Soveral, Ivo — Av. 7 de Setembro, 65 (Salvador, Bahia).
Terra, Fernando (*) (Prof. de dérmato-sif. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil).
Tôrres, Otávio (Prof. da Fac. de Med. da Univ. da Bahia) — Av. Joana Angélica, 85 — Campo da Pólvora (Salvador, Bahia).
Tostes de Campos, José (do Lab. Central de Saúde Públ. do Est. do Rio) — Rua Tavares de Macedo, 222 (Niterói, Est. do Rio).
Tramujas, Armando (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. do Paraná) — Rua do Rosário, 99 (Curitiba, Paraná).
Treuherz, Valter — Rua Barão de Itapetininga, 120, 7.º andar (S. Paulo).
Vieira, João Paulo — Rua Libero Badaró, 488, 3.º andar (S. Paulo).
Vieira, José Rêgo (Méd. do Depto. de Doenças Venéreas do Recife; Assist. da Clín. Dermatol. do Hosp. Santo Amaro) — Rua Aragão, 108 (Recife, Pernambuco).
Vieira Braga, Raul (Dermatologista do I.A.P.I.) — Rua Conde de Bonfim, 1228, apto 403 (Rio).
Vilas Boas, Jaime (Insp. Téc. da Fund. Gaffrée-Guinle) — Rua Barão de Itaipú, 133 (Rio).
Vilas Boas, Norberto d'Avila (do Serv. de Dermat. da Fund. Gaffrée-Guinle) — Rua Barão de Itaipú, 133 (Rio).
Viana, João Bancroft (Assist. Cirurgião do Serv. Nac. de Câncer, do Min. da Ed. e Saúde) — Rua da Assembléia, 15, 4.º andar, sala 46 (Rio).
Villela Pedras, José Augusto — Rua México, 98, 4.º andar, sala 409 (Rio).
Xavier, Alvorino Mércio — Rua Goitacaz, 223 (Pôrto Alegre, Rio Grande do Sul).
Zamith, Vinicio de Arruda (Adjunto efetivo da 4.ª M. H. da Sta. Casa de S. Paulo) — Rua Barão de Tatuí, 160, apto. 31 (S. Paulo).
Zéo, Arnaldo (Méd. do Hosp.-Col. de Curupaiti) — Rua Godofredo Viana n. 64 (Rio).

Sessão de 30-11-49

Presidente: Prof. H. Portugal.
Secretário: Dr. R. D. Azulay.

EXPEDIENTE:

O. Sr. Presidente abre a sessão e comunica aos sócios ter recebido um convite para a III Conferência Panamericana de Lepra, a realizar-se em B. Aires em outubro de 1950. Participa ainda que o Dr. Benjamin Gonsalves, sócio da S.B.D.S., foi promovido ao generalato, o que constitui motivo de satisfação para todos.

(*) Falecido em 1947. Seu nome será permanentemente conservado na lista dos componentes da Soc., de acôrdo com deliberação tomada em sessão de maio de 1947.

ORDEM DO DIA:

SARCOIDOSE (BOECK-SCHAUMANN) — DRS. MÁRIO RUTOWITSCH e BENTO COELHO.

O caso a apresentar refere-se a uma mulher parda, com 32 anos de idade, casada, brasileira, que foi à consulta no Hospital dos Servidores do Estado, em setembro p.p., por motivo de pequenos elementos pápulo-nodulares disseminados pelo tegumento.

História da doença: — Há cêrca de ano e meio, surgiram nas pernas e braços, sem qualquer causa aparente, pequenos elementos papulóides, pruriginosos, que se infectavam secundàriamente pela coçadura. Tomou então 9.000.000 U.O. de penicilina, tendo obtido a regressão das lesões de piodermite; persistiram as lesões papulóides, que foram aumentando de número e surgindo em outras regiões.

Além das injeções de penicilina, acima referidas, tomou injeções de cálcio, hipossulfito de sódio e vitamina B1 (sic.).
crises de urticária (sic), de que tem sido acometida a paciente.

Nos antecedentes mórbidos familiares e pessoais, assinalam-se sòmente crises de urticária (sic), de que tem sido acometida a paciente. Nos antecedentes venéreos há apenas reações sorológicas positivas, desde há quatro meses (sic).

Descrição e localização das lesões: — No *couro cabeludo*, lesões finamente escamosas características da pityriasis capitis. Na *face*, lesões pápulo-nodulares, localizadas na fronte (onde tomam disposição anular), supercílios, pálpebras superiores, regiões pré-auriculares, sulcos naso-genais, mento e pavilhões auriculares. No *pescoço*, de onde descem em direção à remais numerosas em sua face posterior, de onde descem em direção à região inter-escapular. Nas *regiões* external (1/3 superior) e *mamária* direita, lesões semelhantes, bem como na *região axilar* direita, onde se observam apenas dois elementos. *Abdômen* e *regiões sacro-lombar* e *dorsal* mostram-se livres, com pele sã. Nos *membros superiores*, preponderando nas superfícies de extensão, inúmeras lesões de diversos tamanhos, isoladas ou confluentes, arredondadas, móveis sôbre os planos profundos, invadindo as pregas dos cotovelos, poupando, porém, as regiões palmares. Nas *regiões glúteas* e *coxas*, grande número de elementos. *Espaço popliteu*, livre. Nos *joelhos* e *pernas*, observam-se, também, grande número de lesões, mais raras no dorso dos pés. *Regiões plantares*, normais.

As lesões mostram-se, em geral, papulosas ou nodulares, de diversas formas, tendendo à oval, de tamanhos variáveis, desde o miliar até o de um caròço de feijão, eritêmato-pardacentas, duras, isoladas ou grupadas, achatadas no cume, onde apresentam ligeira depressão, e cercadas de halo hipocrômico, como sói acontecer em indivíduos melanodérmicos. Alguns elementos são excoriados e recobertos de uma crôsta hemática; outros, dão a impressão de umbilicação punctiforme central. À vitro-pressão, observa-se aspeto semelhante ao da clássica comparação da «geléia de maçã».

As lesões dos membros inferiores têm coloração mais escura, vinhosa, devida, provàvelmente, à estase circulatória.

Nas mucosas visíveis, nada digno de menção.

Gânglios e vias linfáticas: — Enfarte dos gânglios cervicais e cervicais anteriores em ambos os lados; também, dos gânglios inguinais, que se mostram duros, dolorosos e rolando sob os dedos.

Aparelho ósteo-articular: — normal.

Vísceras torácicas: — Sibilos no 2/3 superiores de ambos os hemitóraces. P.Mx. 120. P.Mn.80. Pulsações: 84 por minuto.

Visceras abdominais: — Tumefação dolorosa à palpação no hemitórax esquerdo: esplenomegalia. No figado, nada foi encontrado clinicamente.

Aparelho uro-genital: — Corrimento vaginal há 6 meses (leucorréia); menstruação normal.

Sistema nervoso e órgãos dos sentidos: — normais.

A doente procurou pouco tempo depois o Ambulatório do Serviço de Clínica Médica (Dr. Garcia Junior), por apresentar tosse com escassa expectoração, falta de ar e sibilos, motivo pelo qual foi internada na Enfermaria dêsse Serviço, quando então fomos chamados para continuar a observação já iniciada.

Resultados dos exames radiográficos: — Em 1-IX-49: — «Condensação disseminada em tôda a extensão de ambos os pulmões; forte alargamento do mediastino".

Em 12-IX-49: — Telerradiografia dos pulmões em incidência frontal e sagital: — «Condensações nodulares muito discretas, disseminadas em tôda a extensão de ambos os pulmões. Considerável alargamento do mediastino, fazendo pensar em aumento volumétrico dos gânglios mediastinais».

Radiografia dos ossos das mãos e dos pés: — «não mostram modificações da estrutura óssea».

Em 15-X-49: — Tomografia dos campos pulmonares «evidencia alargamento do mediastino, com compressão dos brônquios primários e apreciável alargamento da bifurcação da traquéia. O aspeto radiográfico pode corresponder ao do sarcóide de Boeck».

Em 8-XI-49: — Radiografia dos campos pulmonares: — «A nova radiografia mostra que as lesões mediastino-pulmonares se conservam com características idênticas às do exame precedente».

Todos os laudos foram assinados pelo Dr. Nicola Caminha.

Exames laboratoriais: — Exame de urina, em 30-IX-49, acusava apenas traços leves de albumina.

Fórmula hemoleucocitária: — Em 30-IX-49: — Hemátias...4.550.000, Hemoglobina...85 %, Leucócitos...4.900, Mielócitos...0, Metamielócitos...1, Bastonetes...10, Segmentados...39, Neutrófilos total...50, Plasmócitos...1, Linfócitos...25, Monócitos...20, Eosinófilos...2, Basófilos...2.

Em 11-X-49: — Hemátias...4.940.000, Hemoglobina...88 %, Leucócitos...5.700, Mielócitos...0, Metamielócitos...0, Bastonetes...11, Segmentados...43, Neutrófilos total...54, Células de Turckl, Linfócitos...20, Monócitos...22, Eosinófilos...2, Basófilos...1.

Dosagens no sangue: — Em 14-X-49: — Fósforo inorgânico...4,1 %, Fosfatase alcalina...5,28 unidades Bodansky.

Em 19-X-49: — Cálcio...11,4 mg%, Fósforo inorgânico...4,9 %, Fosfatase alcalina...5,20 unidades Bodansky, Proteinas totais no sôro...7,1 mg%.

Sorologia para a lues: — Em 19-X-49: — R. Wassermann... negativa, R. Kahn...positiva (4 unidades), R. Kline... positiva.

Reação de Mantoux-Martenstein a 1/100, 1/1.000, 1/10.000, 1/100.000, 1/1.000.000...negativas.

Inoculação em cobaio: — negativa, com 90 dias.

Histopatologia: — P.C. 3147: — «O exame dos cortes mostras atrofia da epiderme, ligeiros sinais de hiperceratose e de paraceratose. Na parte superior do córion, existe um conglomerado de tubérculos, formados de células epitelióides e de raras células gigantes do tipo de corpo estranho.

Não há sinais de necrose nos tubérculos. Alguns dêsses granulomas são vistos ao redor das glândulas sudoríparas. Infiltração linfo-plasmocitária pouco intensa. Não se observam parasitos.
Diag.: .— Sarcóide de Boeck.

a) ERNANI TÔRRES.

P.C. 3281: — «O exame dos cortes do gânglio cervical mostra hiperplasia bastante acentuada dos centros germinativos. Os vasos, de modo geral, apresentam a parede bastante espessada, às custas de multiplicação e entumescimento das células endoteliais.
Diag.: — Processo inflamatório crônico.

a) ERNANI TÔRRES.

Conclusões: — Em vista da história da doença, do resultado do exame clínico em que, apesar do aspeto aparentemente grave das lesões pulmonares, o estado geral da doente se mostrava bom, e dos resultados dos diversos exames laboratoriais, não temos dúvida em catalogar êste caso na forma descrita como «de pequenos nódulos» da Sarcoidose de Boeck-Schaumann.

SARCOIDOSE (BOECK-SCHAUMANN) — Dr. O. SERRA e doutorando ADOASTO DE SOUZA.

Os autores não forneceram resumo.

DISCUSSÃO:

Dr M. Rutowitsch — Comentando o caso do Dr. Serra, cita um autor que encontrou 43 % de lesões oculares reputadas típicas.

Prof. F. E. Rabelo — Assinala a extensão das lesões com aspecto de tubercúlide papulóide necrótica, porém, na realidade, trata-se de lesões de sarcoidose. E', entretanto, possível que, em determinado caso, haja surtos alérgicos súbitos e passageiros, e, nessas ocasiões, surjam lesões de tubercúlide papulóide necrótica. Quanto ao nome da doença, prefere Sarcoidose de Boeck-Schaumann. E' o 4.º caso da Clínica desde 1939.

Prof. H. Portugal — Dos 4 casos que teve oportunidade de estudar, apenas em um havia necrose nas lesões cutâneas.

CASO PRÓ-DIAGNOSE — Dr. D. COZZOLINO.

Mulher, viúva, com 49 anos de idade, apresenta, simètricamente, uma lesão ceratósica marginando a face palmar das mãos; na abóbadas palatina há ainda um epitelioma espino-celular grau I.

DISCUSSÃO:

Dr. D. Periassú — O caso presente em estudo na Policlínica do Rio de Janeiro, é muito interessante, pois não se enquadra nos aspectos clássicos de outras doenças. Não se trata de Acroceratose verrusiforme de Hopf. O Prof. Ramos e Silva propôs o nome «Ceratodermia em estria limitante das palmas».

Prof. J. Mota — Levanta a hipótese de lues tardia; apenas contraria êste diagnóstico a disposição das lesões.

PANICULITE NODULAR NÃO SUPURADA E FEBRIL — Prof. F. E. RABELO, Prof. H. PORTUGAL e Dr. O. SERRA.

Os autores não forneceram resumo.

DISCUSSÃO:

Prof. H. Portugal — No que diz respeito ao exame histológico, deseja frisar que havia apenas um processo inflamatório subagudo do paniculo-adiposo da hipoderme.

Prof. F. E. Rabelo — Foram levados a êsse diagnóstico por exclusão; o Mantoux foi negativo, afastando a tuberculose de Bazin; além disso, não havia vascularite. E' impossível dizer com precisão em qual dos dois quadros clássicos (Weber-Christian ou Rothman-Makai) poder-se-á incluir o presente caso, em virtude das características clínicas de ambos os tipos, pelo mesmo apresentadas.

Prof. J. Mota — Viu um caso, em senhora de um colega, cujo diagnóstico não poude ser confirmado pelo exame histológico, recusado pela paciente. Havia nódulos não supurativos múltiplos, situados no tórax, e febre de quando em vez.

CERATODERMIA PALMO-PLANTAR FAMILIAR — Prof. E. E. RABELO

Apresenta vários casos em uma mesma família.

Admite-se que ocorra em um determinado membro da família uma mutação dominante e, daí por diante, começam a surgir os casos.

A mãe das crianças tinha apenas lesões palmo-plantares, enquanto que nas crianças havia, além destas, outras lesões aberrantes nos cotovelos e joelhos.

DISCUSSÃO:

Dr. D. Periassú — Ressalta a importância desta comunicação. Durante 10 anos nunca viu um só caso, porém, recentemente teve a oportunidade de observar 3.

TUBERCULOSIS CUTIS COLLIQUATIVA — Dr. GLINE ROCHA.

Apresenta um caso tratado sem resultados maiores com 30g. de estreptomicina; entretanto o ácido paraaminosalicílico (250 comprimidos) fez cicatrizarem as lesões. E' de opinião que não se deva usar a estreptomicina na tuberculose cutânea, senão excepcionalmente, em vista do grande poder sensitógeno da droga.

DISCUSSÃO:

Dr. D. Periassú — Relembra seus trabalhos no que diz respeito ao tratamento da lepra tuberculóide pela estreptomicina e acha que a ação desta consiste em produzir uma desorganização do granuloma tuberculóide.

Dr. R. D. Azulay — Diz não concordar com o Dr. Gline, pois, já teve oportunidade de observar vários casos de tuberculose cutânea nos quais a estreptomicina deu excelentes resultados.

Não concorda, também, com o Dr. Periassú, pois, não compreende como um antibiótico possa ter ação desorganizadora inespecífica de um granuloma tuberculóide.

Sessão de 26-4-50

Presidente: Prof. F. E. Rabelo.
Secretário: Dr. Miguel Elias Abu-Merhy.

EXPEDIENTE:

Aberta a sessão pelo Sr. Presidente, foi pelo mesmo submetida à aprovação do plenário a proposta para sócio efetivo, assinada por membros da diretoria, do Dr. Eduardo Parreiras Horta, tendo sido unânimemente aprovada. A seguir, o Sr. Presidente propõe e obtém a designação do Dr. H. Portugal para representar a Sociedade no 35.º Congresso da Sociedade Italiana de Dermatologia e Sifilografia.

Ainda na primeira parte dos trabalhos, o Sr. Presidente comunica que recebeu um cartão pedindo adesão ao 5.º Congresso Internacional de Microbiologia e consulta à casa se nêle devia fazer-se representar a Sociedade. Tratando-se de um cartão-circular, ficou resolvido que se aguardasse um convite oficial, sendo o Prof. Areia Leão encarregado de entender-se com a Diretoria daquela entidade.

Finalmente, o Sr. Presidente leva ao conhecimento dos presentes que recebera uma carta particular do Prof. Degos comunicando que o Prof. Marchionini propusera a fundação de uma sociedade européia de dermatologia, proposta essa que o Prof. Degos achava inviável. Nessas condições, o Sr. Presidente pede a anuência da Sociedade para a resposta que vai dirigir ao Prof. Degos, comunicando-lhe sôbre o que há feito acêrca da transformação do Colégio Ibero-Latino-Americano de Dermatologia e Sifilografia em Colégio de Dermatologistas Latinos.

O Dr. Azulay comunica haver recebido do Prof. Favre, de Lyon, uma carta em que transmitia recomendações afetuosas e manifestava o desejo de receber, da Sociedade, comunicações acêrca de suas atividades.

ORDEM DO DIA:

DISTROFIA RIGIDA DO GRUPO DO ESCLEREMA EM UM LACTENTE — Drs. MARCELO GARCIA e GLINE ROCHA (relatado pelo Dr. Murilo Del Vecchio).

S. B., sexo feminino, nascido em 13-1-50 (3 meses e 13 dias), mãe falecida em consequência do parto.

O recem-nato deu entrada na enfermaria 2 do Hospital Jesús com 7 dias e pesando 3,080kg. Com 24 dias do nascimento foi comprovado endurecimento dos tecidos superficiais nas regiões glútea, pubiana, deltoideana e bochecha esquerda. Temperatura — 36.5.

A criança, que até então vinha prosperando, chegando a atingir 3.650g. manteve daí até hoje seu pêso estacionário, com pequenas oscilações.

Alimentação: Inicialmente Eledon c/ Mucilagem de arroz e posteriormente leite Ninho c/ creme de arroz, sempre ultrapassando a quota de calorias relativa ao pêso e idade. Pêso atual, 3.710 g.

Exames: urina normal. Hemograma normal para a idade. RX do esqueleto: Ausência de alterações ósseas. Dos. de fósforo, 3,5. Cálcio, 7,5.

DISCUSSÃO:

Dr. Gline Rocha — Tratamento do assunto, esclarece que, segundo os autores alemães, são os escleremas classificados em: adiponecrosis neonatorum; escleremas; e adipo-escleremas.

Dr. H. Portugal — Comenta que, na adiponecrose, a gordura sofre desdobramento químico, graças a um fermento, operando uma verdadeira digestão; os ácidos graxos se cristalizam, sendo mais evidente tal fenômeno no pâncreas.

Prof. F. E. Rabelo — Esclarece que, nas crianças supernutridas, que nasceram de parto laborioso, difícil, aparece a adiponecrose, cujo aspéto fundamental é o estado geral brilhante, sem perturbação da nutrição, — não se enquadrando nessa variedade o caso em aprêço. Diz, ainda, que a queda de temperatura (a menos de 30º C.), a algidez e a queda vertical do pêso se observam nas outras duas formas: escleredema e adipo-esclerema, cujo prognóstico é assim de regra infausto.

Dr. Gline Rocha — Afirma que o adipo-escleroma é sempre progressivo, levando a criança à morte. Acrescenta que a esclerodermia é um quadro cuja evolução caminha para a estenose do esôfago e para a cardiopatia.

CASOS AUTOCTONES DE FAVO — Drs. R. Azulay e A. Ferreira da Rosa.

Os autores não forneceram resumo.

Discussão:

Prof. Areia Leão — Adianta ter obtido bom resultado com a sapucaínha em doentes de favo do tipo pitiróide, com fundo avermelhado, descamação pitiriásica. Nesses doentes, três filhos de judeus, não havia tonsura do cabelo, o qual se apresentava descorado. Diz ainda que o óleo de sapucaínha é próximo do ácido undecilênico, devendo aquele ser experimentado «per os», em cápsula de desintegração entérica, tal como vem sendo êste último empregado no tratamento da psóriase, dermatose em que o óleo de sapucaínha não tem dado resultado.

Prof. Joaquim Mota — Sustenta que os casos de favos são raros e que, numa certa época de imigração de israelitas, observou alguns, em adultos, com o *godet* clássico, e outros de favo da pele glabra.

Dr. Mário Rutowitsch — Diz que, há 8 ou 10 anos, observou 2 casos de favo, sendo um em criança e outro em adulto. Assinala o fato da cura do favo não se operar na puberdade, tal como no caso da família do doente, objeto da comunicação.

Dr. R. Azulay — Informa que, no Serviço do Prof. Parreiras Horta, obteve, com o óleo de sapucaínha, em casos de tinhas tricofíticas e micrósporа, 100 % de curas, só tendo falhado em um único caso. Houve em 4 crianças, de uma família, uma epidemia de tinha tricofítica. Dessas, três se beneficiaram do tratamento pelo óleo de sapucaínha, o mesmo não se verificando na menor. Teria sido uma resistência do Tricophyton, adquirida no decurso do tratamento das três primeiras crianças ? A quarta doente se contaminou através das três primeiras. Os ácidos graxos da sapucaínha são como os do ácido undecilênico e propiônico, mas a atividade dêstes é menos acentuada que a do óleo daquela.

CASOS DE PINTA — Dr. Miguel Elias Abu-Merhy

O Professor Joaquim Mota, no seu erudito trabalho — «Manifestações palmo-plantares da Framboésia» —, descreveu, com riqueza de detalhes, o

polimorfismo das lesões dessa entidade dermatológica. Referindo-se às lesões tardias da bouba, outrora contestadas por alguns autores, mas hoje admitidas pela maioria dêles, que as têm observado e caracterizado em seus aspetos clínicos, chama a atenção para o fato de que êsses mesmos autores, ao mencionarem em seus trabalhos as erupções palmo-plantares, descreveram-nas com falhas sensíveis, mal caracterizando os elementos eruptivos. Faz menção aos diversos autores que estudaram as lesões palmo-plantares, reportando-se às descrições de Bernardino Antônio Gomes (1815), de Imber (1839), de Paulet (1848), de Martins Costa (1884), de Corre (1887), de Lopo Diniz (1893) e dos seguintes contemporâneos: Fernando Terra (1909), Silva Araújo (1911), Jorge Lôbo (1935) e Waldemir Miranda, êste último mencionando as «formas epidérmicas (hiperceratose plantar e palmar, com fissuras ou sem elas), semelhantes às que se observam no período secundário." Depois de citar êsses autores e referir-lhes as descrições, critica-os, considerando incompletas e insuficientes as descrições e estudo clínico morfológico das manifestações palmo-plantares da bouba.

Passa em seguida a citar os especialistas estrangeiros mais eminentes, para concluir que seus trabalhos, nesse setor, ainda são incompletos.

Propõe-se a apresentar um esquema novo do assunto, embora não tenha tido à mão a riqueza do material que seria necessário para fundamentá-lo.

Preocupa-se com a hierarquização da bouba em relação paralela à sífilis, partindo do princípio de que ambas são reguladas pelos mesmos fenômenos imuno-biológicos.

Admite que, na fase recente do período secundário, as manifestações palmo-plantares da bouba são análogas ou mesmo idênticas às das sifílides secundárias, tal como acontece na bouba tardia em relação à fase terciária da sífilis; e que a morfologia dos elementos eruptivos se diferencia apenas no período evolutivo mais avançado, tal como ocorre no secundarismo retardado da sífilis.

Acentua que a sucessão cronológica dos diferentes tipos eruptivos é bem conhecida na sífilis, não acontecendo o mesmo com a bouba. Ressalta o conhecimento generalizado do mecanismo da formação das eflorescências na sífilis — condicionado pelos fenômenos de imunidade e alergia — e que o autor quer estender à bouba, pelo princípio acima salientado.

Antes, porém. de expôr o assunto a que se propôs, recapitula os aspectos das sifílides palmo-plantares, resumindo o que a respeito ensinam os grandes tratadistas Fournier, Jeanselme, Brocq e Stokes. Referindo-se ao primeiro, sintetiza os quatro tipos por êle indicados, de sifílides palmo-plantares:

1 — papulosas lenticulares — tipo precoce
2 — psoriasis en nappe
3 — circinado — manifestação tardia
4 — córneo

Passa à descrição de cada tipo, referindo-se, depois, às análises de outros autores; adianta que o mesmo polimorfismo das sifílides palmo-plantares existe na bouba, sendo que nesta são mais frequentes as lesões ceratodérmicas.

Descreve, a seguir, as erupções palmo-plantares da bouba, começando pelos tipos precoces e passando às demais formas, relacionando-as com a evolução da sífilis, que, em síntese, é a seguinte:

1) na fase recente da bouba, as erupções palmo-plantares, representadas por manchas eritematosas, lenticulares, escuras, esparsas ou confluentes, são o equivalente cronológico das roséolas na sífilis.

2) ainda na fase recente, há outro tipo eruptivo — framboesoma muriforme palmo-plantar — que o autor informa não encontrar citado em parte alguma, mas que êle objetiva num único caso, em que o pianoma

palmar e plantar se apresentava com tôdas as suas características, absolutamente igual às demais lesões típicas da doença.

3) na fase mais avançada do secundarismo boubático, encontram-se lesões pápulo-escamosas cujo aparecimento parece ser simultâneo com a eclosão das sifílides do mesmo tipo (sifílides psoriasiformes palmo-plantares) — em que se nota a ausência da camada córnea, fato êste que difere da bouba, onde as lesões são córneas.

4) descreve 4 tipos de ceratodermias boubáticas palmo-plantares, a saber: *a*) ceratodermia pontuada; *b*) ceratodermia difusa superficial e escamosa; *c*) ceratodermia difusa com hiper-ceratose acentuada e ragádias; *d*) ceratodermia circunscrita.

Destaca, dêsses tipos, a ceratodermia pontuada, pelo fato de ela ter-se manifestado em um dos seus doentes.

Continuando a interrelacionar a sífilis com a bouba, o autor compara a ceratodermia superficial com certas sifílides psoriasiformes do secundarismo avançado.

Os 3 primeiros tipos de ceratodermia devem ser considerados como próprios do período secundário avançado da bouba, em correspondência com a sífilis secundária tardia.

O autor chama atenção para a existência dos períodos secundo-terciários, tanto na bouba quanto na sífilis, pois nem sempre há um limite nítido entre as duas fases.

O quarto tipo — ceratodermia circunscrita ou ceratose — é constituído por manifestações tìpicamente terciárias.

Faz, por fim, referência às acromias boubáticas.

O autor menciona as investigações de F. Nery Guimarães que encontrou, em regiões boubáticas, casos que reproduzem as lesões acrômicas da pinta e que o investigador diagnosticou como bouba, pelo fato de os doentes terem antecedentes boubáticos, viverem em foco de bouba endêmica e apresentarem manifestações clínicas de bouba.

O autor declara não ter tido ocasião de observar uma acromia palmoplantar e, ressalvando a hipótese, que qualifica de pouco provável, de uma confusão entre a bouba e a pinta, salienta as observações daquele investigador.

No estabelecimento da analogia entre bouba e sífilis, o autor lembra, por fim, os fatos mencionados por Lacapère, referentes à sífilis marroquina, na qual as manifestações acrômicas residuais sucedem muitas vêzes às erupções terciárias, deixando largas placas despigmentadas.

* * *

Inspirando-nos neste fecundo trabalho e tendo em vista os 8 casos de pinta, que hoje apresentamos a esta douta Sociedade, casos que têm uma analogia, para não dizer identidade, com certos tipos de bouba descritos pelo Professor Mota, seria de investigar se não haverá uma cronologia para a pinta, correspondente à estabelecida pelo eminente Mestre, para a evolução da bouba e sífilis.

A favor dessa hipótese, tenho a assinalar, de início, que, nos doentes por nós examinados, aparece o mesmo polimorfismo das lesões que existe nos tipos descritos pelo Professor J. Mota, ao tratar das ceratodermias boubáticas palmo-plantares.

Essa hipótese parece tanto mais plausível quando se considera que a sífilis, bouba e pinta representam três aspetos das treponemoses, portanto, com o mesmo fundamento imuno-biológico. Todavia, só pesquisas e observações mais acuradas nos permitiriam passar da hipótese à tese.

* * *

Antes de terminar, desejo chamar a atenção para o fato de os nossos doentes residirem sempre no Distrito Federal, levando a concluir que são casos autóctones, e que a pinta grassa em nosso meio. Um aspeto interessante de um dos nossos doentes é ser êle representante da raça leucodérmica."

DISCUSSÃO:

Dr. A. Padilha Gonçalves — Achando muito importante a sorologia e a pesquisa de treponema nas lesões de pinta, indaga qual o resultado dêsses exames nos doentes objeto da comunicação. E' informado que a sorologia foi positiva nos três casos e que a pesquisa de treponema só resurtou positiva em um único caso.

Prof. Joaquim Mota — Faz considerações acêrca da comunicação e diz que a analogia entre bouba e sífilis pode estender-se à pinta. Quanto ao fato do psoríase palmar poder assemelhar-se às formas ceratodérmicas da bouba e pinta, bastará um exame cuidadoso para diferençar as três doenças, atentando-se também para o fato de que, no poríase, sobressai o processo de paraceratose, enquanto que, na bouba, há um processo de ceratose, com escama aderente; além disso, no psoríase, não raro, se encontram lesões típicas ungueais, bem como a presença eventual de lesões discretas da doença nos cotovelos e joelhos.

Dr. André Mesquita — Indaga se, sob o ponto de vista imuno-biológico, se conseguirá um teste cutâneo — uma pintina ou uma boubina, tal como a luetina.

Prof. F. E. Rabelo — Diz que a expressão bouba já foi condenada pela comissão encarregada de estabelecer a nova nomenclatura dermatológica. A expressão a ser adotada será a de framboésia, reservando-se o têrmo framboesoma para as lesões habitadas e, framboésides, para as desabitadas. No caso do teste para a framboésia, poder-se-á adotar o têrmo framboesina.

SARNA CROSTOSA — Dr. A. G. ANTUNES.

O autor não forneceu resumo.

CURA PELA ELETRO-COAGULAÇAO DE UM CASO EXTENSO DE MICOSE DE LANE-PEDROSO — Drs. H. O. CUNHA e CÁSSIO NOGUEIRA.

Pelo primeiro dos autores é lida a seguinte nota:

«O paciente internou-se na 11.ª Enf. da Sta. Casa (Serviço do Prof. Rabelo, em out. de 1945. Diagnóstico — doença de Lane-Pedroso, confirmado pelo exame histopatológico. Apresentava, então, numerosas lesões, placas verrucosas, massas mamilonadas ou vegetações papilomatosas espalhadas por tôda a perna direita, desde os podáctilos até a parte média da côxa. Fez tratamento pelas sulfas, com um total de 200 comprimidos, sem resultado. Instituido o tratamento fisioterápico (eletro-coagulação), o Dr. Cássio Nogueira destruiu com muita habilidade e paciência tôdas as lesões ao ponto de considerarmos o paciente curado de sua desgraciosa e incômoda dermatose. Restam no momento cicatrizes superficiais lisas, brancacentas e com os bordos hiperpigmentados. Ultimamente o paciente vem apresentando na mão e antebraço direitos sintomas de doença de Hansen, que se traduzem pela perturbação da sensibilidade e espessamento do nervo cubital. O Dr. Azulay prontificou-se a esclarecer o caso com os exames de laboratório, já tendo sido feita a reação de Misuda.»

ESCLERODERMIA EM PLACA E EM FAIXA — Prof. J. MOTA.

O autor não forneceu resumo.

Dado o adiantado da hora, o Sr. Presidente dá por encerrada a sessão.

Por terem saído com falhas e omissões os resumos relativos às comunicações do Dr. R. VIEIRA BRAGA, publicados no último número, reproduzimo-los no presente número.

Sessão de 31-8-949:

ERITRODERMIA ICTIOSIFORME SECUNDARIA

Trata-se de um rapaz de 19 anos, preto, servente, que para curar-se de uma ulceração, de origem traumática, da perna esquerda, fez uso imoderado "in situ" e por via oral de infusão de folhas de carobinha. Um mês depois, surgiu-lhe erupção ligeiramente pruriginosa, no tronco e membros, de lesões que se tornaram sêcas, espêssas e rugosas. Ao exame, além das lesões hiperqueratósicas, apresentava o paciente nos ante-braços intensa papilomatose semelhatne à da "ictiose histrix" e no dorso das mãos e região cervical lesões que marcavam estádios mais ou menos avançados da erupção. O exame histológico revelou intensa hiperqueratose, hipertrofia da granulosa, edema do corpo papilar e infiltração peri-vascular de células redondas. O teste de contato com as folhas de carobinha, usadas pelo paciente, foi positivo. As reações de Wasserman, Kahn e Kline foram negativas. O simples afastamento da causa, mesmo antes do emprêgo de medicamentos, produziu benéficos efeitos.

OSTEOMIELITE TUBERCULOSA SIMULANDO ACTINOMICOSE

Trata-se de A. J. M., 26 anos, pardo, brasileiro e trabalhador braçal, portador de diversas fístulas na região anterior do hemitórax direito, que surgiram após a formação de pequenos "tumores" ao nível das costelas, quando trabalhava no interior de S. Paulo, em 1942. Passou por vários serviços clínicos e dermatológicos, daqui e dos Estados, onde tomou n gramas de sulfas, iódicos, anti-luéticos, penicilina e aplicações de r. X, sem o menor resultado. Não obstante a negatividade dos exames de laboratório e da terapêutica, a primeira hipótese que ocorria era a de actinomicose. Re-examinado por nós, em julho p.p., para fins de prorrogação de licença e encontrando-o na mesma situação, promovemos a sua internação no serviço clínico do Dr. J. Machado Filho, no H. N. S. do Socorro, para melhor observação. Lá se repetiram todos os exames já realizados, acrescidos da semeadura da serosidade das fístulas para B.K. Esta prova foi sugerida pela positividade da reação de Mantoux a 1/1000. A cultura foi positiva para B.K., ficando assim esclarecida a etiologia do processo, inicialmente localizado nas costelas. Com 18 grs. de di-hidro-estreptomicina teve alta hospitalar.

Sessão de 26-10-949:

CISTICERCOSE CUTANEA

M. D. P. preto, 56 anos, lavrador, de M. Gerais, há 15 anos vem notando o aparecimento contínuo, sob a pele de quasi todo o corpo, de "tumores" do volume de uma azeitona média ou menor, isolados, con-

sistentes e indolores, até atingirem atualmente o número aproximado de 600. Sempre comeu muita carne de porco, quando residente no interior. A biópsia confirmou o diagnóstico clínico. Localização visceral não foi verificada. Considerando a raridade da cisticercose humana entre nós, pois êsse é o terceiro caso de sua observação pessoal, e não obstante ser de 30% a percentagem de suínos atacados entre os que aportam ao D.F. e ser a carne de porco alimento habitual, sobretudo em certos Estados, o A. pergunta qual seria a razão dêsse fato? Modo de preparar o alimento?

Em certos países sua frequência é grande; Y. VOSGIEN, citado por BRUMPT, estudou 807 casos!

DERMITE PELO PARACIL

Por se tratar, talvez, do primeiro caso verificado no D. Federal, o A. faz a presente comunicação. Trata-se de um paciente do Serivço do Professor Ugo P. Guimarães, que lhe foi mostrado pelo Dr. L. Moleta e que, sendo portador de fístula pleural (reliquat de pleurotomia), era tratado localmente com solução de Paracil (ácido paramino salicílico) em sôro fisiológico, em partes iguais. Logo após as primeiras aplicações, manifestou-se irritação do tegumento circunvizinho, que paulatinamente se estendeu às regiões mais distantes. Suspeitando-se do Paracil, foram praticados testes de contato com o mesmo em diferentes concentrações, sendo todos positivos. Um teste com o Paracil, realizado em outro paciente, como contra-prova, deu resultado negativo.

Secção do Rio Grande do Sul

Sessão de 16-9-1949

Presidente: Prof. Pereira Filho.
Secretário: Dr. Ênio Campos.

ORDEM DO DIA:

ASPECTOS ATUAIS DA SOROLOGIA DA SÍFILIS — Dr. CARLOS CANDAL DOS SANTOS

O A. iniciou o seu trabalho fazendo um histórico da sorologia da lues, bem como da evolução dos conceitos e das diversas técnicas referentes ao assunto. Teceu considerações sôbre as provas de hemólise e de floculação, traçando um paralelo entre ambos os tipos, acentuando as vantagens e as desvantagens peculiares a cada método e concluindo pela conveniência de serem ambos usados sistemàticamente na rotina. Aludiu, em seguida, à sensibilidade e ao valor que têm as provas supersensíveis tais como a de Kahn presuntiva e a de Kline de exclusão. Tratando da especialidade das provas, pôs em destaque a valiosa contribuição de Miss Pangborn, ao descobrir a cardiolipina, o que deu margem à confecção de antígenos mais estáveis e de atividade mais específica. Considerou o importante problema dos resultados positivos biològicamente falsos e expôs as as técnicas que atualmente estão sendo postas em uso com o objetivo de estabelecer-se distinção entre os positivos verdadeiros e os falsos. Terminou falando acêrca das técnicas quantitativas; manifestou sua preferência pelo método sifilométrico, expresso em unidades Kahn, e acentuou o valor da contribuição dêste método e dos demais quantitativos no que concerne à apreciação de positivos biològicamente falsos e no estabelecimento de critério terapêutico de acôrdo com a marcha das curvas sorológicas.

DISCUSSÃO:

Comentaram o interessantíssimo trabalho apresentado pelo Dr. Candal dos Santos os seguintes colegas: Prof. Pereira Filho, A. Niemeyer, Clovis Bopp, Pedro Pereira, Osvaldo Ludwig e Ênio Campos.

A seguir o Sr. Presidente encerra a sessão, depois de anunciar nova reunião para a manhã do dia 22 do corrente.

Sessão de 22-9-1949

Presidente: Prof. Pereira Filho.
Secretário: Dr. Ênio Campos.

Proposta de sócio. Pelos Drs. Prof. M. Pereira Filho, Ênio Campos e Pessoa Mendes são propostos para sócios efetivos o Prof. NINO MARSIAJ e Dr. ANTÔNIO DE CASTRO CHAVES, ambos de Pôrto Alegre.

ORDEM DO DIA:

CASO PRÓ-DIAGNOSE (LEISHMANIOSE ?) — Dr. ÊNIO CAMPOS

E' apresentado o cidadão E.M.P., 34 anos, branco, casado, brasileiro, residente na cidade do Rio Grande, há muitos anos, o qual apresenta ambos os pavilhões auriculares eritematosos e ligeiramente infiltrados, com lesões crostosas, úlcero-crostosas e ulcerosas, com perda de substância em diversos pontos da hélix, mutilando-a. A doença começou há 3 anos por prurido e erupção de pequenas feridas, que davam saída a certa serosidade, às vêzes purulenta, com posterior perda de substância em algumas partes. Nada mais apresenta o paciente para o lado do tegumento cutâneo e em face do exame geral. Em vista do aspecto mutilante, o A. pensou na possibilidade de tratar-se de um caso de leishmaniose. Exames complementares: pesquisa direita de leishmânia, negativa; exame cultural: negativo; reação de Montenegro: fracamente positiva, pesquisa do pac. de Hansen no muco nasal e nas lesões cutâneas: negativa; reação de Wassermann: negativa; r. de Kahn: negativa; exame histopatológico; estrutura de angioma.

Em face da negatividade dos exames complementares e devido à presença de lesões supuradas, o autor empregou rodiamida (comprimidos) durante alguns dias, observando certa melhora inicial, para depois as lesões permanecerem estacionárias. Vai iniciar o tratamento pelo eparseno, cujo resultado posterior comunicará aos colegas.

DISCUSSÃO:

Dr. J. Pessoa Mendes — Acha mais provável que se trate de uma infecção piocócica, em face do aspecto clínico e principalmente da melhora terapêutica obtida pela rodiamida.

Dr. A. Louzada — Achando possível tratar-se de blastomicose de Lutz, sugere pesquisa mais detalhada nesse sentido.

Dr. Halley Marques — Acha desconcertante a estrutura histopatológica encontrada. Julga mais provável que se trate de leishmaniose e alvitra a repetição da pesquisa de leishmânia.

Dr. A. Niemeyer — Julga mais provável tratar-se de leishmaniose.

GRANULOMA VENÉREO. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL — Prof. M. PEREIRA FILHO e acadêmico SAMUEL BREITMANN

E' apresentada a observação de um doente da clínica do Dr. Brandão de Melo. O Prof. Pereira Filho, ao recordar a primeira verificação brasileira dos corpúsculos de Donovan, realizada pelo Prof. Eduardo Rebelo (1912), salienta também o valor dos trabalhos de Aragão e Viana, bem como a contribuição da bela tese inaugural de Souza Araújo (1917). Apesar de Anderson, De Monbreun e Goodpasture (1945) proporem a denominação de "Donovania granulomatis" ao germe do granuloma venéreo, cultivado na gema de ovo embrionado e, também, pelas passagens repetidas, na gema em tubo de ensaio, julga mais acertado manter o gênero descrito por Aragão e Viana (1912), com

a espécie "Calymmatobacterium granulomatis". Quanto ao tratamento do granuloma venério, diz: excelentes resultados continuam a ser verificados, nos casos recentes, com o emprêgo do soluto aquoso de tártaro emético, esterilizado pela filtração, em injeções intravenosas; tem a vantagem de ser medicação de preço reduzido. Ação nitidamente favorável da estreptomicina (Greenblatt, Kupperman e Dienst), bem como da aureomicina (Robinson e colaboradores), sabe-se ser grandemente encarecida pelos especialistas norte-americanos.

Discussão:

Dr. C. Bopp — Informa não ser doença muito rara entre nós. Tem observado maior incidência na raça negra. A seguir, salienta o valor dos trabalhos de Miss Katherin Anderson e colaboradores no estudo do agente do granuloma venéreo. Entre outras coisas, obtiveram uma reação de fixação de complemento. Cita outros trabalhos de pesquisadores norte-americanos, e refere-se finalmente ao emprêgo da estreptomicina com resultados eficazes.

Dr. Halley Marques — Quanto à terapêutica, observou nos EE.UU. o primeiro caso tratado com sucesso pela estreptomicina. Acha que o tártaro emético não é mais o tratamento de eleição, a não ser para nós que não temos a estreptomicina sinão com sacrifício.

A seguir é dada a palavra ao Dr. Halley Marques, que apresenta um amplo relato do que foi a VI Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros, realizada recentemente na cidade de Recife, e à qual compareceu como representante da Secção do Rio Grandoe do Sul e do Departamento Estadual de Saúde. Cita os principais trabalhos apresentados à Reunião e referentes aos 3 temas escolhidos.

Nada mais havendo a tratar, o Sr. Presidente encerra a sessão.

Sessão de 13-10-1949

Presidente: Prof. Pereira Filho.
Secretário: Dr. Antônio Louzada.

Ordem do dia:

PARAPSORIASIS (OBSERVAÇÃO DE UM CASO) — Dr. Darci Rocha

O autor, que ocupou a atenção dos presentes com a descrição de um caso de parapsoriasis, apresentou várias fotografias e farta documentação laboratorial.

Discussão:

Comentaram o trabalho o Prof. M. Pereira Filho e o Dr. Antônio Louzada. A seguir, é encerrada a sessão.

Sessão de 27-10-1949

Presidente: Prof. Pereira Filho.
Secretário: Dr. Ênio Campos.

Inicialmente é dada a palavra ao Dr. Clovis Bopp, para comunicar o resultado do exame histopatológico do caso pró-diagnose apresentado na sessão de 25-8-49, cuja interpretação, feita pelo Prof. Hildebrando Portugal, do Rio, revelou a estrutura de granuloma anular.

ORDEM DO DIA:

POROCERATOSE DE MIBELLI — Drs. J. PESSOA MENDES e CLOVIS BOPP

Não foi apresentado resumo para publicação.

DISCUSSÃO:

Dr. A. Niemeyer — Salienta a localização preferencial nas partes expostas à luz.

Dr. Ênio Campos — Cumprimenta os AA. pela apresentação de caso raro entre nós e salienta o interessante aspecto do grande número de lesões.

ESPOROTRICOSE POR LESÕES ERITÊMATO-ESCAMOSAS — Drs. D. T. CLAUSELL e TASSO MAJÓ DE OLIVEIRA

E' apresentada pelos AA. completa observação de uma paciente do sexo feminino, 43 anos, côr parda, afazeres domésticos, a qual apresenta há 10 meses uma lesão de 10 por 8 cm., e uma outra menor, contigua, de aspecto eritêmato-escamoso e sem sinais de supuração passada ou presente, localizadas ambas na região sub-escapular esquerda (vide fig.). As escamas são esbranquiçadas e o fundo róseo-violáceo. Foi isolado o "Sporotrichum schenckii" das lesões. Instituiu-se iodoterapia, que foi bem tolerada, com excelente resultado.

Esporotricose por lesões eritêmato-escamosas
Drs. D. T. Clausell e T. M. Oliveira
(53ª Sessão — Dia 27-10-1949)

DISCUSSÃO:

Dr. Enio Campos — Acha interessante a apresentação do caso do Dr. Causell, que vem chamar a atenção para essa forma puramente eritêmato-escamosa, raríssimamente observada entre nós, e que poderá ser mais vêzes diagnosticada se mais procurada nesse sentido.

Dr. A Niemeyer — Refere-se ao maior número de formas atípicas atualmente diagnosticadas em nosso meio pela maior investigação etiológica. Lembra um caso semelhante apresentado há alguns anos atrás.

A seguir, é encerrada a sessão.

Sessão de 10-11-1949

Presidente: Prof. Pereira Filho.
Secretário: Dr. Antônio Louzada.

ORDEM DO DIA:

CASO PRÓ-DIAGNOSE (DERMATITE DE DUHRING ?) — Dr. A. NIEMEYER

O A. apresenta G.P., procedente das colônias italianas, 23 anos, solteiro, antigo agricultor e atualmente empregado no comércio. Apareceu no consultório há 2 anos com o corpo coberto de bolhas, muito exsulceradas e com mau cheiro, estado sub-febril, depauperado e uma editrodermia generalizada sob as bolhas. Tem feito muito tratamento de radioterapia, ultra-violeta, etc. e há periodos em que fica quase bom. Inicialmente fez-lhe muito bem a sulfapiridina (2 compr. por dia). Penicilina e estreptomicina têm falhado, mesmo em doses extremamente elevadas. As recaídas que apresenta periòdicamente nem sempre têm o mesmo aspecto; às vêzes são apenas pápulas e crostas, outras sob um aspecto mais eczematoso. Culturas de cocos têm falhado. Não tem dado nenhum resultado tôda a medicação anti-estreptocócica e anti-estafilocócica empregada, como anatoxinas, soros e vacinas. Atualmente o paciente encontra-se com nova erupção sob a forma de bolhas serpiginosas. Há certo prurido, e, sobretudo, sensação de queimor. R. de Wassermann e Kahn: negativas. Eosinofilia: 6%. O autor pensa num caso de dermatite de Duhring.

DISCUSSÃO:

Dr. Halley Marques — Salienta a importância da sede das bolhas para o perfeito diagnóstico diferencial entre a dermatite de Duhring e o pênfigo foliáceo. Sugere a possibilidade de tratar-se de um caso de epidermo-dermite estreptocócica.

Dr. A. Louzada — Faz considerações sôbre a localização das bolhas no pênfigo e sôbre o tratamento usado no Hospital Ademar de Barros, em São Paulo.

Prof. Pereira Filho — Felicita o Dr. Niemeyer pelo interêsse do caso trazido à sessão, e alonga-se em proveitosas considerações sôbre as dermites estreptocócicas e estafilocócicas, a orientação das pesquisas e o valor dos vários recursos terapêuticos.

A seguir, é encerrada a sessão.

Sessão de 24-11-1949

Presidente: Prof. Pereira Filho.
Secretário: Dr. Ênio Campos.

ORDEM DO DIA:

PÊNFIGO FOLIACEO. A PROPOSITO DE UM CASO AUTÓCTONE — Dr. HALLEY MARQUES

O A. apresenta um caso autóctone de pênfigo foliáceo, confirmado clínica e histològicamente. Considera como sendo êste o primeiro a ser publicado no Rio Grande do Sul, embora faça justiça à memória do Dr. Hugo Ribeiro, que já havia diagnosticado esta enfermidade entre nós, embora sem precisão de data. Tece comentários relativos ao diagnóstico e conduta terapêutica, chamando a atenção para a possível existência de um foco dessa enfermidade no Estado, já que as formas frustras são de difícil diagnóstico, passando, por isso mesmo, despercebidas. Êste trabalho será publicado na Revista de Medicina do Rio Grande do Sul.

DISCUSSÃO:

Dr. Clovis Bopp — Tece algumas considerações sôbre o complicado capítulo das dermatoses bolhosas.

Dr. A. Niemeyer — Informa não ter observado nenhum caso de pênfigo foliáceo entre nós, e acha muito interessante o que acabava de ser apresentado.

Dr. Ênio Campos — Cumprimenta o autor pela apresentação do interessante caso e faz referência a 4 casos observados pelo seu antigo mestre, já falecido, Hugo Pinto Ribeiro, os quais teve oportunidade de ver. Dois dêstes casos eram provenientes do Estado de São Paulo, e suas observações foram publicadas nos Arquivos Riograndenses de Medicina, em 1938. Os outros dois eram autóctones e não foram dados à publicação científica.

Dr. Nino Marsiaj — Pergunta ao autor, como alergista e clínico que é, se já tem pensado, em virtude da etiologia desconhecida, no possível mecanismo alérgico da afecção, como manifestação de uma síndrome, e se já tem orientado a terapêutica nesse sentido.

Prof. M. Pereira Filho — Acha que o pênfigo foliáceo não deve ser tão raro na nossa zona rural. Cita o primeiro caso observado, em 1908, na Santa Casa de P. Alegre, pelo Prof. Ulisses Nonohay.

A seguir o Prof. Nino Marsiaj pede a palavra para salientar o interêsse das reuniões dermatológicas e sugere a realização de sessões no interior do Estado, com a finalidade de despertar a atenção dos colegas do interior.

Após, o Sr. Presidente apresenta as seguintes propostas: para sócios honorários da Secção, os consócios Prof. CARLOS LEITE PEREIRA DA SILVA e Dr. JANDIR MAIA FAILACE, bem como a sugestão do Prof. Nino Marsiaj para aprovação do plenário. Tôdas as propostas são aprovadas por unanimidade.

Em seguida, é encerrada a sessão.

Sessão de 14-12-1949

Presidente: Prof. Pereira Filho.
Secretário: Dr. Ênio Campos.

ORDEM DO DIA:

ASPECTOS CLÍNICOS E IMUNOLÓGICOS DA ALERGIA ÀS DROGAS. DERMATITE FIXA POR SULFAS — Prof. NINO MARSIAJ

O autor começa por traçar as diferenças existentes entre a intoxicação, intolerância e alergia. Na primeira, o efeito é sempre o mesmo para cada tóxico, p. ex.: a nefrite do bicloreto de mercúrio. Na segunda há, apenas, um exagêro individual da ação fisiológica da droga. E' a hipersensibilidade tóxica de Urbach. Como por exemplo temos os distúrbios da audição, o delírio, as náuseas, etc. produzidas pela aspirina. Por fim, na alergia, a manifestação clínica independe inteiramente das propriedades químicas da droga, estando subordinada apenas ao tecido sensibilizado (tecido ou órgão de choque).

Salienta, em seguida, os interesses prático, profissional e científico do estudo dessa questão. Passa em revista, após, os sintomas clínicos mais comuns da alergia às sulfas, dividindo-os em dermatológicos e não dermatológicos. Salienta os vários fatores capazes de influir na sensibilização às dragas, chamando a atenção para o papel da foto-sensibilização. Estuda em detalhes o mecanismo dêste tipo de alergia, desde as primeiras observações de Jadassohn, em 1906, passando em revista os trabalhos de Landsteiner e seus colaboradores, até chegar às mais modernas teorias patogênicas sôbre o assunto. Fixa o papel desempenhado pelos conjugados, os anticorpos celulares e fixos e os tecidos alterados. Chega, por fim, à conclusão de que a alergia às drogas, inclusive as dermatites de contacto, não deve ser separada da alergia comum, clássica, merecendo, pois, descritas dentro dêste capítulo da patologia.

Após esta discussão de ordem doutrinária, apresenta três casos de dermatite fixa produzida por sulfadiazina, os quais se mostraram sensíveis, também, à sufasuxidina e ao sulfatiazol. Estas observações serão publicadas em breve.

Discute, em seguida, os vários métodos de diagnóstico, inclusive o teste de Leftwich, praticado nos seus três pacientes.

Por fim, dá os vários métodos de tratamento a empregar, chegando à conclusão de que não há, no momento atual, meios eficientes para se conseguir uma dessensibilização às várias drogas.

DISCUSSÃO:

Comentaram a intedessante conferência do Prof. Nino Marsiaj os Drs. D. T. Clausell, Ênio Campos e Prof. Pereira Filho.

A seguir, o Sr. Presidente, aproveitando a presença na Casa do Dr. Jandir Maia Failace, comunica aos presentes a eleição do referido consócio para sócio honorário da Secção, e faz a entrega da comunicação oficial da Diretoria.

Com a palavra, o Dr. J. M. Failace agradece a homenagem que lhe foi prestada.

Como nada mais houvesse a tratar, o Sr. Presidente comunica a realização da próxima e última sessão do corrente ano, que será efetuada no próximo dia 22 e na qual será eleita a nova diretoria para o ano de 1950. A seguir, encerra a sessão.

Sessão de 22-12-1949

Presidente: Prof. Pereira Filho.
Secretário: Dr. Ênio Campos.

ORDEM DO DIA:

SÔBRE UMA NOVA MODALIDADE DE IRRADIAÇÃO ULTRAVIOLETA NO TRATAMENTO DA PSORIASE — DR. ARMIN NIEMEYER

Êste trabalho, apresentado como nota prévia, foi publicado por extenso nestes Anais (n. 2, vol. 25, págs. 87-96).

A seguir, o Sr. Presidente anuncia vai proceder à eleição da nova diretoria que regerá os destinos da Secção no próximo ano. Antes, porém, relata em breves palavras a atividade desenvolvida pela Seção, durante o corrente ano, salientando a realização de um grande número de sessões (20 reuniões), a grande freqüência às mesmas e o aumento do número de sócios (10 novos sócios).

Feita a votação, apurou-se o seguinte resultado:

Para Presidente: Prof. Dr. Carlos Leite Pereira da Silva;

Para 1.º Secretário: Dr. Ênio Candiota de Campos (re-eleito);

Para 2.º Secretário: Dr. Antônio Louzada (re-eleito);

Para Tesoureiro: Dr. Halley (re-eleito);

Para Bibliotecário: Dr. José Pessoa Mendes (re-eleito).

Anunciado o resultado, a nova diretoria é aclamada com uma salva de palmas.

Nada mais havendo a tratar, o Sr. Presidente anuncia que a nova diretoria será empossada no próximo ano, no mês de março, e dá por encerrada a sessão.

Bibliografia Dermatológica Brasileira

— Método fácil e rápido para coloração de treponemas. Luis de Sales Gomes. Rev. paulista de med., 38: 40 (jan.), 1951.

— Notas sôbre uma pequena epidemia rural de sífilis. F. Nery Guimarães. Hospital, Rio de Janeiro, 38: 851 (dez.), 1950.

— Estudos sôbre as reações tuberculínicas em pele normal e em pele injetada com histamina. A. Oliveira Lima. Hospital, Rio de Janeiro, 38: 873 (dez.), 1950.

— Impressioni di cinque anni e mezzo di sulfonoterapia nella lebbra. Orestes Diniz. Arq. mineir. leprol., 10: 87 (abr.), 1950.

— Breve note sul l'experience de la sulfonotherapie de la lepre au Pavillon de Malte de l'Hopital Saint-Louis. A. Tzanck e G. Dague. Arq. mineir. leprol., 10: 106 (abr.), 1950.

— Considerações à margem do relatório da comissão de terapêutica do V Congresso Internacional de Lepra. José Stancioli e Abraão Salomão. Arq. mineir. leprol., 10: 108 (abr.), 1950.

— Considerações sôbre um caso suspeito de lepra, portador de alopécia congênita. Joel Teixeira Coelho. Arq. mineir. leprol., 10: 113 (abr.), 1950.

— Deformidade do dorso do nariz na lepra; correção com enxêrto ósseo. Roberto Farina. Rev. brasil. de leprol., 18: 101 (set.), 1950.

— Action thérapeutique anti-lépreuse de la sulfone-mére et des sulfones complexes. H. Floch e N. Rist. Rev. brasil. de leprol., 18: 111 (set.), 1950.

— Da relação imunobiológica entre tuberculose e lepra. II — Da inter-relação entre as reações tuberculínica e leprominica em filhos de doentes de lepra. Nelson S. Campos, José Rosemberg e Jamil N. Aun. Rev. brasil. de leprol., 18: 117 (set.), 1950.

— Da relação imunobiológica entre tuberculose e lepra. III — A lepromino-reação em crianças de descendência não leprosa vacinadas com BCG por via oral. Dissociação entre alergia tuberculínica e reação de Mitsuda. José Rosemberg, Jamil A. Aun e Nelson S. Campos. Rev. brasil. de leprol., 18: 128 (set.), 1950.

— O problema médico social da sífilis. J. Vieira de Macedo. Arq. de hig. e saúde pub., S. Paulo, 13: 71, 1950.

— Considerações sôbre o emprêgo das microfloculações no sôro-diagnóstico da sífilis, especialmente da reação de Migliano. Alcides Benicio. Neurobiologia, 13: 249 (set.), 1950.

— A reação de Migliano no velho mundo. Luiz Migliano. Bol. San. São Lucas, 12: 87 (dez.), 1950.

— Algumas questões sôbre a alergia e imunidade na sífilis. A. Oliveira Lima. Hospital, Rio de Janeiro, 38: 591 (out.), 1950.

Nesta lista bibliográfica são incluidos os trabalhos sôbre dérmato-sifilografia e assuntos correlatos, elaborados no país ou fora dêle, porém publicados nos periódicos nacionais por nós recebidos.

Notícias e Comentários

EDITORIAL

Através dos tempos, ciência e arte sempre foram parelhas. Jamais o cientista prescindia da enorme fôrça criadora haurida na análise, ou na simples contemplação, das obras de arte. O aprendizado artístico chegava mesmo a acolitar a cultura científica. Essa interpenetração de idéias, longe de empecer a atividade humana, parece aguilhoá-la, propelindo-a com vigor redobrado nos embates da existência.

Aos médicos, sobretudo, a quem mais de perto tocam os males físicos e morais, não cumpre destoar da regra geral. Vivam a sua vida de clínicos ou pesquisadores, sem deixarem no olvido o cultivo dessa ou daquela arte.

A dermatologia muito se desvanece de haver sido escultor emérito um dos seus mais acendrados valores: Sabouraud. Também Pautrier, o grande mestre de Estrasburgo, gravita sob o fascínio da música: no ano transacto, dedicou-se de corpo e alma às celebrações do bicentenário da morte de Bach. Em Paris — a que ousaria chamar o coração do mundo — até hoje se realiza anualmente o "Salon des Médecins", onde se exibem os desenhos, pinturas, esculturas, etc., de autoria dos mais eminentes ou mais modestos esculápios francêses.

Manda a verdade se diga, tais cousas são sediças na Europa e, mesmo, na América do Norte. Não faz muito, visitou-nos ilustre cirurgião norte-americano, que empunhou por mais de uma vez a batuta para dirigir orquestra sinfônica em a nossa Escola Nacional de Música.

No Brasil, país em que a cultura artística é relegada a plano secundário, exemplos dêsse jaez não logram imitados. Crê-se possa, já não digo o aprendizado, mas a simples apreciação de uma arte, desviar o cientista de seu verdadeiro caminho. Convencionou-se estremar da arte a ciência. Particularizando nosso setor profissional, quantos médicos sabem contemplar uma tela de pintura ou ouvir uma sinfonia? Quais os que frequentam os salões de exposição ou as

salas de concêrtos? Aponta-se ao dedo o biologista de Manguinhos que publicou um livro sôbre música.

Caem-me da pena essas reflexões ao ter conhecimento da pesquisa afanosa a que se dedicou ilustre colega de Bruxelas. Fazendo ciência através da arte, o Dr. J. Desneux encetou um diagnóstico dermatológico pela análise de um quadro do célebre pintor flamengo Jean van Eycke. A tela, do século XV (1436), é um retrato prodigioso de um cônego de Bruges, George van de Paele, e frui a justa reputação de obra-prima: é "uma maravilha de desenho fisionômico e de pintura". Examinando-a com ôlho clínico, nela descobriu o dermatologista belga: a) *dois nevos celulares, um na região genal esquerda e outro no dorso do nariz;* b) *um ceratoma, a meio caminho entre o sulco naso-genal e a pálpebra inferior esquerdos; e* c) *um provável epitelioma incipiente, no lábio inferior. E' tamanha a perfeição pictórica desta última lesão que o Dr. Desneux sentiu ganas de confirmar o diagnóstico pela prática de uma biopsia.*

A história da Medicina regista a tentativa de diagnósticos retrospectivos pelo exame acurado da cerâmica indígena. Os "huacos" ainda hoje servem de controvérsia no descrime entre sífilis, lepra e leishmaniose. Ao que nos consta, porém, o Dr. Desneux tem a prioridade no diagnosticar lesões à vista de uma tela de pintura. Eis mais uma vantagem do binômio arte-ciência...

PERILO PEIXOTO.

VIII Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros

Conforme divulgamos em o nosso número anterior, em setembro do corrente ano terá lugar em Poços de Caldas, em Minas Gerais, a VIII Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros, para o estudo dos seguintes temas: *a*) dermatoses profissionais; *b*) hemo-sideroses; *c*) eritrodermias.

De acôrdo com circular já expedida aos membros da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, cada participante do referido certame poderá apresentar ao mesmo um trabalho pessoal e três em colaboração. Os trabalhos, ou, pelo menos, os resumos dos trabalhos a serem apresentados na Reunião em causa deverão ser enviados, com a possível antecedência, diretamente ao Prof. O. Orsini (Av. Paraná, 430 — Belo Horizonte), Presidente da Secção de Minas Gerais, da supra citada Sociedade.

Exposição de revistas médicas

Ao ensejo da realização, em Turim, na Itália, em dias de junho do corrente ano, da «Muestra Internacional de las Artes Sanitarias y de las Reuniones Medicas-Quirurgicas Internacionales", terá lugar, a 10 do referido mês, do «Conveño Internacional de la Prensa Medica», para o qual foram convidados êstes Anais que, impossibilitados de enviar representante, ao mesmo mandará, para figurar na respectiva «Muestra de la Prensa Medica», alguns de seus exemplares.

I Congresso Internacional de Alergia

Zurique, de 24 a 29 de setembro de 1951

Segunda-feira, 24 de setembro de 1951:

De manhã: 1.º tema principal: *a natureza e a importância social nas enfermidades alérgicas*. As enfermidades alérgicas e os processos mórbidos sensibilizantes; a importância social nas enfermidades alérgicas; difusão geográfica das enfermidades alérgicas. 2.º tema principal: *a histologia da reação alérgica*.

De tarde: *discussões e comentários sôbre o 1.º e 2.º temas principais*.

Terça-feira, 25 de setembro de 1951:

De manhã: 3.º tema principal: *considerações químicas e sorológicas acêrca da alergia*. Os fundamentos na investigação química dos antigênicos; a função antigênica dos haptenos; focos de formação dos anticorpos; a importância biológica dos anticorpos completos e incompletos. 4.º tema principal: *a patologia na reação alérgica*.

De tarde: *discussões e comentários sôbre o 1.º e 2.º temas principais*.

De noite: reunião social (de 9 horas em diante).

Quarta-feira, 26 de setembro de 1951:

De manhã: 5.º tema principal: *a importância da constituição e da herança para a manifestação das enfermidades alérgicas*. Debates sôbre êste tópico.

De tarde: *sessões especiais de*: A) dermatologistas; B) especialistas das vias respiratórias; C) especialistas de cardiologia e angiologia.

Quinta-feira, 27 de setembro de 1951: excursão a Basiléia.

De manhã: 6.º tema principal: *a farmacologia das reações alérgicas*. A interrelação: constituição química/efeito farmacológico; êxitos e fracassos da anti-histaminoterapia; efeitos secundários dos anti-histamínicos; os simpaticolíticos e os processos alérgicos; a alergia nas verminoses.

De tarde: *visita aos laboratórios da indústria químico-farmacêutica de Basiléia*.

Sexta-feira, 28 de setembro de 1951:

De manhã: 7.º tema principal: *o diagnóstico das enfermidades alérgicas*. Padronização dos alergênios; apreciação das reações de sensibilidade; a fisiopatologia da asma; o psicossomatismo na alergia.

De tarde: *discussões e comentários sôbre o 6.º e 7.º temas principais. Sessões especiais sôbre*: D) patologia digestiva; E) patologia renal; F) patologia do sistema nervoso central.

De noite: *banquete de encerramento*.

Sábado, 29 de setembro de 1951:

De manhã: *sessão de encerramento*: *alocução do Presidente do Congresso. Entrega de diplomas. Sessão da Comissão Diretora do Congresso.*

Notícias diversas

— Segundo comunicações recebidas por esta revista, foram eleitas as seguintes diretorias, para no corrente ano dirigir:

1) a «Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifilografia»: Presidente, Doutor Ramón Ibarra Pérez; Vice-Presidente, Dr. Roberto Quero Padilla; Secretário, Dr. Guillermo González Peris; Vice-Secretário, Dr. Eugenio Serrano Pérez; Tesoureiro, Dr. Dario Argüelles Casals; e Vice-Tesoureiro, Doutor Jesús Currás Argüelles.

2) o Sindicato dos Médicos de Campinas: Presidente, Dr. Arlindo de Lemos Júnior; Vice-Presidente, Dr. Antônio Augusto de Almeida; 1.º Secretário, Dr. Paulo Afonso Ribeiro; 2.º Secretário, Dr. Laerte de Morais; 1.º Tesoureiro, Dr. Olimpio Miranda Filho; e 2.º Tesoureiro, Dr. Antônio Pires Barbosa.

3) a Sociedade de Medicina e Cirurgia da Paraíba: Presidente, Dr. Luiz Gonzaga Miranda Freire; Vice-Presidente, Dr. Lúcio Costa; Secretário Geral, Dr. Napoleão Laureano; 1.º Secretário, Dr. Orlando Farias; 2.º Secretário, Dr. Hélio Fonseca; e Tesoureiro, Dr. Luiz Gonzaga da Silva.

4) a Associação Paulista de Medicina: Presidente, Prof. Jairo de Almeida Ramos; Vice-Presidente, Prof. Lineu Matos Silveira; Secretário Geral, Dr. Carlos de Campos Pagliuchi; 1.º e 2.º Secretários, Drs. Inácio L. Alves Correia e Dario de Carvalho Franco; 1.º e 2.º Tesoureiros, Drs. Osvaldo Lange e Humberto Cerruti.

— Em dias do corrente mês de março, conquistou a cátedra de Anatomia e Fisiologia Patológicas da Escola de Medicina e Cirurgia o Dr. Francisco Fialho, sócio efetivo da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia.

Nesse concurso, cuja banca examinadora foi constituída pelos Professôres Custódio Martins, Augusto Colle, Paulo Tibiriçá, Jorge de Rezende e Eitel Duarte, o referido Dr. Fialho apresentou tese intitulada "Neoplasias ósseas da mandíbula".

— A convite do Departamento de Profilaxia da Lepra de S. Paulo, esteve em visita aos leprosários e serviços especializados daquele Estado o dermatologista português João Valério Bastos da Luz, Assistente do Instituto de Medicina Tropical de Lisboa, o qual, depois, se demorou alguns dias no Rio de Janeiro, em visita às clínicas dermatológicas da capital da República.

Recebemos e agradecemos

— Seis meses de tratamiento de la lepra con propionosulfona. Guillermo Herrera. Separata. Rev. med. dominicana, 5: ? 1950.

— Sarcomatosis de Kaposi. David Grinspan. El Ateneo, Buenos Aires, 1950.

— Ulceras de las piernas de origen neurovascular. F. Martorell. Relieves Basa y Pagés. Barcelona, 1950.

— Tratamento eclético da lepra. H. C. de Souza-Araújo. Separata. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, 47: 129, 1949.

— Caso de lepra maligna (L2 — N1) que regrediu ràpidamente sob a ação duma terapêutica mista (sulfona - fisioterapia). H. C. de Souza-Araújo. Separata. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, 48: 101, 1950.

— Lepra murina. H. C. de Souza-Araújo. Separata. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, 48: 113, 1950.

— Caso de lepra aguda maligna, com infecção do cônjuge em três meses de vida matrimonial. H. C. de Souza-Araújo. Separata. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, 48: 51, 1950.

— As sulfonas não alteram a ácido-álcool-resistência dos bacilos de Hansen e de Stefanski. H. C. de Souza-Araújo. Separata. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, 46: 579, 1948.

— Estudo bacteriológico de escamas de leprosos-tuberculosos em tratamento com a estreptomicina, com exibição das culturas obtidas. H. C. de Souza-Araújo. Separata. Hospital, Rio de Janeiro, 35: 755 (maio), 1949.

— Lepra na infância. Nelson Souza Campos e Lauro de Souza Lima. Editado pelo Serviço Nacional de Lepra, Rio de Janeiro, 1950.

— Sôbre casos de lepra com evolução anômala. Nelson Souza Campos e Lauro de Souza Lima. Editado pelo Serviço Nacional de Lepra, Rio de Janeiro, 1950.

— Sesiones dermatologicas en homenage al Professor Luis E. Pierini. Lopez y Etchegoyen (Distribuidores). Buenos Aires, 1950.

Análises

NOTA SÔBRE O VALOR DIAGNOSTICO DA ESPOROTRIQUINA. J. RAMOS e SILVA e A. PADILHA GONÇALVES. *Hospital*, Rio de Janeiro, 38:625 (out.), 1950.

Foram investigados 32 casos dermatológicos em relação às reações intradérmicas com esporotriquina, tricofitina e levedurina. Dêsses casos, 10 foram de esporotricose e reagiram especìficamente ao respectivo antigeno. O quadro apresentado permite a comparação do efeito dos diversos antigenos. Do estudo parece permissivel tirar as seguintes conclusões:

1.º — A prova de esporotriquina nas condições em que a realizamos mostrou-se de certo valor diagnóstico.

2.º — Ela permite reforçar um diagnóstico clinico em 48 horas, isto é, antes do resultado da cultura, único, aliás, de valor definitivo.

3.º — A sua negatividade parece poder excluir o diagnóstico de esporitricose.

4.º — Na maioria dos casos só os pacientes que sofrem (ou sofreram) de esporotricose reagem violentamente à esporotriquina intradérmica.

5.º — Esta capacidade reacional dos esporotricósicos à esporotriquina parece duradoura e talvez vitalicia.

6.º — A forma clinica da esporotricose parece não exercer influência sôbre o resultado da intradermo-reação, sendo idênticos os resultados tanto na forma linfangitica clássica, como nas outras.

Resumo e conclusões dos autores.

TESTES SOROLÓGICOS QUANTITATIVOS EM BOUBA. EDGAR BARBOSA RIBAS e ARNALDO TAVARES. *Hospital*, Rio de Janeiro, 38:771 (nov.), 1950.

1 — Os testes "qualitativos" não permitem um seguimento bem orientado nos casos de bouba submetida a tratamento, pois a variabilidade de seus informes é muito restrita.

2 — As técnicas quantitativas possibilitam, pela apreciação regular de seus resultados, uma verdadeira representação gráfica das oscilações reagínicas.

3 — Elas permitem apreciar a evolução dos casos, alertando contra a ocorrência da recidiva clinica, aconselhando a repetição das séries de medicação especifica, ou restringindo o conceito da sôro-resistência.

4 — Por essa razão, é mister que sejam repetidas periòdicamente, a fim de que se possa fazer um contrôle com bastante eficácia.

5 — Aconselhamos, para isso, a repetição dos exames quantitativos cada 21 ou 30 dias, pois dessa forma estaremos possibilitados a surpreender qualquer alteração.

6 — Entre as técnicas quantitativas, damos preferência à reação quantitativa de Kahn, pois ela reúne, a um alto grau de sensibilidade e especificidade, as vantagens da rapidez e simplicidade.

Conclusões dos autores.

INCIDÊNCIA DA REAÇÃO DE FREI NO MERETRICIO DA CAPITAL DE SÃO PAULO. RAFAEL TREIGER, CARLOS DA SILVA LACAZ e ERASTO PRADO. *Hospital*, Rio de Janeiro, 39:239 (fev.), 1951.

Praticando a reação de Frei, com antígeno Lygranum, em 110 prostitutas do baixo meretrício da cidade de São Paulo, os AA. registraram 36 provas positivas (32,73 %), sendo os testes realizados em mulheres que, através dos dados anamnésticos, não referiam história de formas assintomáticas ou inaparentes da linfogranulomatose venérea, que desempenham papel importante na disseminação dessa virosa, de tão grande importância médico-social.

Resumo dos autores.

REAÇÕES DE MONTENEGRO PRECOCES E TARIAS. A. ROTBERG. ***Hospital*, Rio de Janeiro, 39: 263 (fev.), 1951.**

O A. estuda o comportamento de 55 casos de leishmaniose e 29 contrôles, frente à injeção intradérmica de 0,1 cc. de 5 concentrações diversas de leishmanina, dosadas desde 10.000.000 até 1.000 leptomonas por cc. (abreviadamente — 10^7 e 10^3). Nota que mais de metade dos contrôles apresentam reações às 48-72 horas, muito pequenas, com o máximo de 5 mm, mas duradouras e podendo causar dificuldades de interpretação. Nos casos de leishmaniose as reações de 48-72 horas foram mais nitidamente inflamatórias e superiores a 6 mm em 92,7 % dos casos, percentagem que se reduz a 72,7 % com a concentração 10^6. Na fase precoce deu-se reação sob forma de halo inflamatório em 69,1 % dos casos com 10^7, contra 27,3 % com 10^6. O A. propõe a concentração de 10.000.000 de leptomonas por cc. na prática diagnóstica, já que é mais sensível sem perda de especificidade.

À medida que involue a reação precoce, particularmente o halo, progride a formação de elevação central, que se torna mais nítida do 5.º ao 8.º dia, persiste 1-2 semanas ou mais, para depois involuir. Esta reação «tardia» ulcerou em 25,4 % dos casos com a concentração 10^7 e 14,5 % com 10^6.

O A. julga útil fazer a leitura de rotina da r. de Montenegro em duas épocas — a primeira às 48-72 horas, como de hábito, a segunda aos 15 dias. Não crê que a fase tardia seja apenas uma simples «permanência» ou «resíduo» da reação precoce, mas sim fenômeno à parte ainda que concorrente em vista dos seguintes fatos:

1) o espaço ocupado pela reação precoce, principalmente as de halo, e em geral superior ao da reação tardia; esta, aliás, está no máximo de intensidade quando a precoce está em apagamento ou já desapareceu;

2) não há relação direta entre a intensidade da reação precoce e a da tardia, pois que há reações com halo não seguidas de necrose, bem como reações necróticas não precedidas de halo;

3) em 13 de seus 55 casos observa o A. que, com as concentrações mais fracas de leptomonas, 10^4 e 10^3, chegava-se a obter reações insignificantes

ou mesmo nulas na fase precoce, as quais, porém, do 5.º ao 8.º dia, se transformavam em reações tardias sob forma de elevações típicas, ainda que pequenas (3-4 mm.).

Resumo do autor.

METODO FACIL E RAPIDO PARA COLORAÇÃO DE TREPONEMAS. LUIS SALES GOMES. *Rev. paulista de med.* 38:40 (jan.), 1951.

Uma gôta de serosidade contendo treponemas, colocada na extremidade de 1 lâmina, é misturada com uma gôta de tinta de escrever Parker "Super-chrome" azul-preta, sendo depois distendida com a auxílio de outra lâmina como se fazem os esfregaços com sangue. Deixa-se em repouso por 3 minutos e, em seguida, a lâmina é levada ao microscópio, sendo examinada com imersão. Não há necessidade de fixador. Os treponemas aparecem corados em azul-escuro e com sua morfologia pràticamente inalterada. Preparados feitos com um ano e meio mostram-se perfeitos. Pode-se limpar o óleo de cedro usado para imersão com xilol sem que o preparado se estrague.

Outros tipos de tinta de escrever experimentados não ofereceram bons resultados e mesmo a "Super-chrome" azul-preta parece variar de composição, pois certos vidros coram sempre bem e outros vidros da mesma tinta não fornecem boas colorações.

Foram corados com sucesso o "Treponema pertenue" e o "Treponema pallidum" e espirilos de Vincent, porém leptospiras não conseguiram ser coradas.

A. PADILHA GONÇALVES.

O FATOR SANGUINEO NO LUPUS ERITEMATOSO DISSEMINADO AQUDO (BLOOD FACTOR IN ACUTE DISSEMINATED LUPUS ERYTHEMATOSUS). JOHN R. HASSERICK. *Arch. Dermat. & Syph.* 61:889 (jun.), 1950.

O A. faz uma síntese dos estudos sôbre o chamado fenômeno L.E. (lupus eritematoso) observado no sangue dos pacientes com eritematodes exantemático. O plasma dêstes pacientes contém um fator (L.E.) que faz com que quando é colocado em contato com preparações de medula óssea humana ou de cães apareçam células denominadas também L.E., que são a resultante final da fusão de leucócitos agrupados em tôrno de uma massa amorfa de núcleo proteína, a qual ficará incluída na célula.

O fator L.E. só foi até agora observado em casos de eritematodes exantemático, podendo desaparecer nas fases de remissão e durante o tratamento com cortisona. Em portadores de eritematodes sub-agudo ou crônico e em várias outras doenças tidas como correlacionadas nunca foi encontrado. Está ligado intimamente a fração gama-globulina do plasma e é inibido por anticorpos desenvolvidos no coelho contra a gama-globulina do plasma de pacientes com eritematodes exantemático.

A. PADILHA GONÇALVES.

LUPUS ERITEMATOSO: ASPECTOS SOROLOGICOS E QUIMICOS (LUPUS ERYTHEMATOSUS: SEROLOGIC AND CHEMICAL ASPECTS). CHARLES R. REIN e GEORG H. KOSTANT. *Arch. Dermat. & Syph.* 61:898 (jun.), 1950.

A realização de reações sorológicas para sífilis no sôro sanguíneo de 178 pacientes com lupis eritematoso revelou uma incidência de 35 %

de reações positivas falsas biológicas em um ou mais testes de uma bateria de seis reações sorológicas para sífilis.

Deve-se salientar que 83% dos soros positivos mostraram titulos baixos de reatividade.

A maioria dos soros que apresentaram titulos altos era de pacientes com lupus eritematoso sub-agudo.

A alta incidência de reações positivas falsas biológicas mesmo nos casos diagnosticados como de lupus eritematoso discóide localizado crônico, bem como a hipergamaglobulinemia nesses casos, sugere a presença de algum distúrbio sistêmico ainda quando as alterações visiveis estão limitadas a área isoladas da pele.

Resumo dos autores

BLASTOMICOSE ACNEÓIDE CONGLOBATA (BLASTOMYCOSIS ACNOIDES CONGLOBATA). V. RIZZI. *Arch. ital. dermat., sif.* 23:321, 1950.

O A. descreve a observação do caso clinico de um paciente com 36 anos de idade, portador de uma erupção nódulo-gomosa difusa dominando contudo no dorso e nas nádegas. Nestas lesões encontraram-se númerosas formas blastomicéticas, principalmente no liquido das gomas amolecidas e também, ao exame histopatológico, nos infiltrados de tipo granulomatoso.

Após dois anos de observação, sobreveio a morte, por ênterorragia.

Este quadro foi filiado ao da blastomicose tipo europeu, principalmente sob o ponto de vista patogênico.

O A. chama particular atenção para a distribuição das lesões nas áreas de dominância seborrêica; daí a denominação de "blastomicose acneóide conglobata".

D. PERYASSÚ.

A SITUAÇAO ANDRÓGENA (17 CETOESTERÓIDES) DO ORGANISMO EM ALGUMAS FORMAS PATOLÓGICAS DA PELE (LA SITUAZIONE ANDIOGENA (17 CHETOSTEROIDI) DELL'ORGANISMO IN ALCUNE FORME PATOLOGICHE DELLA CUTE. O. MIDANA e F. ORMEA. *Dermosifilografo* 25:331 (jul.), 1950.

Os AA. apontam os motivos nos quais se baseiam para afirmar que as variações, no aumento ou diminuição na eliminação dos 17 cetoesteróides pela urina, constitui um seguro meio avaliativo da situação andrógena dos sexos.

Neste trabalho, os AA. referem o valor da eliminação dos 17 cetoesteróides em 69 casos compreendendo acne juvenil, rosácea, hipertricose, prurido vulvar, etc.

Da avaliação dos resultados, deduz-se que na acne juvenil, rosácea e, em grau menor, no prurido vulvar, há diminuição no valor de eliminação dos 17 cetoesteróides, diminuição que se acentua principalmente nos doentes do sexo feminino de acne juvenil e de rosácea.

Por outro lado, há evidente aumento da eliminação nos casos de hipertricose feminina.

Nestas bases, e com a devida reserva, os AA. admitem tratar-se, na acne juvenil e na rosácea, de uma hipofunção córtico-supra-renal secundária à disfunção córtico-hipofisária.

Resumo dos autores

FORMO-CIBAZOL

Produto de condensação do Cibazol com formaldeido

Para a quimioterapia das infecções intestinais

PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A.

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILIGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, os quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas seções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 120,00, para o Brasil, e Cr$ 140,00, para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 35,00, na época, e de Cr$ 40,00, quando atrazado.

Tôda a correspondência, concernente tanto a publicações como a assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao encarregado geral, Sr. EDGARD GOMES, por intermédio da caixa postal 389, Rio de Janeiro (telefone: 32-1347).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando, conseqüentemente, à propriedade plena dos seus autores. Êsses trabalhos deverão ser datilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o endereço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Cummulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês ou dia e mês, se o periódico for semanal, e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor, título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo dos mesmos.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes bem como as que forem coloridas correrão por conta dos autores, que serão consultados a respeito. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.

A abreviação bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat. e sif.*

SUMÁRIO

VOL. 26 (1951) — N. 1 (Março)